UNIVERSITE PARIS VII

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

No 13

---

Année : 1976 N°

---

# THESE

pour le

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplômé d'Etat)

par

BENDJILALI Djilali

né le 20. 9. 1940 à Mostaganem (ALGERIE)

---

Présentée et soutenue publiquement le 1976

---

- CONTRIBUTION A LA COMPREHENSION DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DU MIGRANT ALGERIEN EN FRANCE.
- BREVE ETUDE COMPARATIVE AVEC LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ALGERIEN DANS SON MILIEU D'ORIGINE.

---

Président : M. J. CAMBIER, Professeur

UNIVERSITE PARIS VII

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

Année : 1975 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplômé d'Etat)

par

BENDJILALI Djilali
né le 20.9.1940 à Mostaganem (ALGERIE)

---

Présentée et soutenue publiquement le

---

# - CONTRIBUTION A LA COMPREHENSION DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DU MIGRANT ALGERIEN EN FRANCE.

# - BREVE ETUDE COMPARATIVE AVEC LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ALGERIEN DANS SON MILIEU D'ORIGINE.

---

Président : M.J. CAMBIER, Professeur

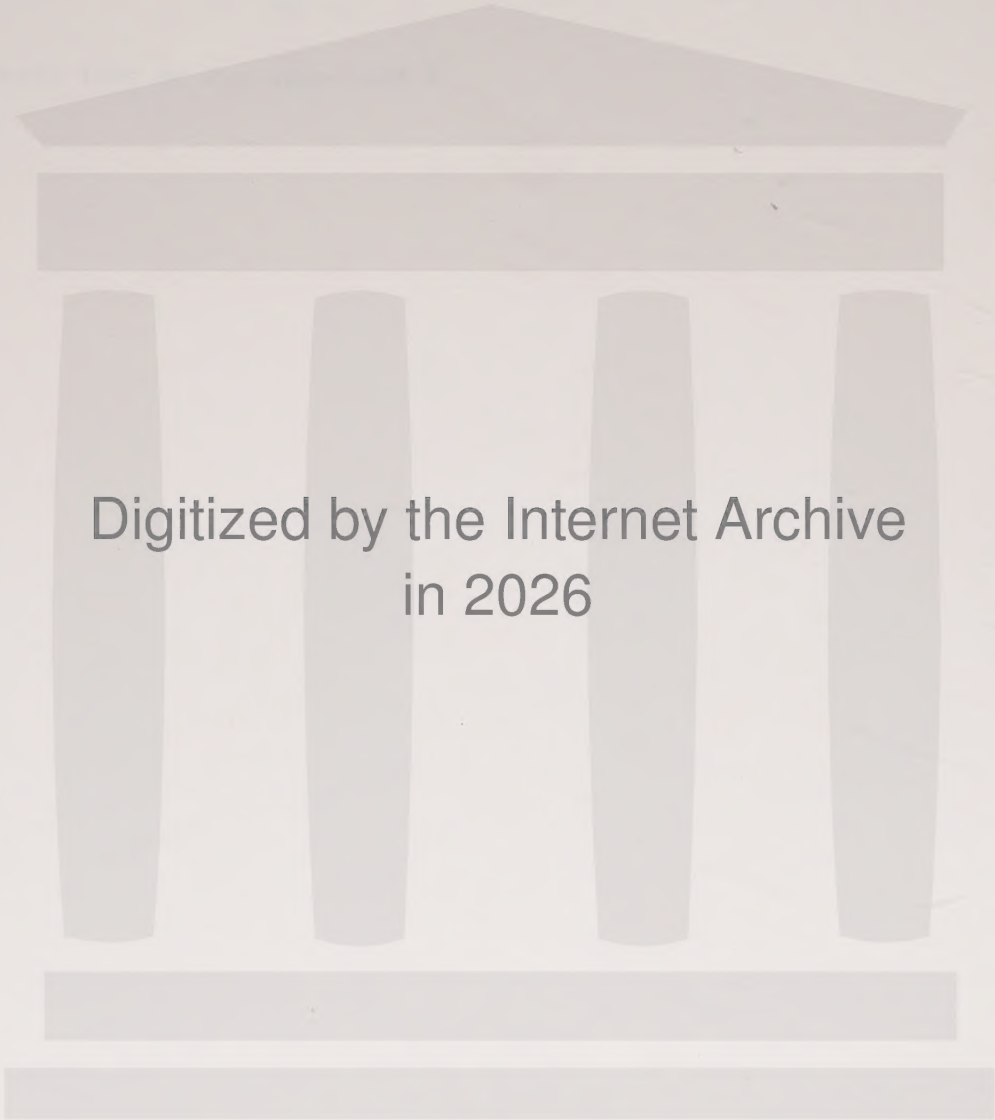
UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma femme

A mes parents

et

A tous ceux qui me sont chers.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548104_0021

A notre maître et président de thèse

Monsieur le Professeur J. CAMBIER

Nous avons pu apprécier sa grande expérience clinique et sa finesse sémeiologique.

Il nous a accueilli et soutenu avec une extrême bienveillance

qu'il en soit ici vivement remercié

Aux membres du jury qui nous ont fait
l'honneur de juger notre travail

Qu'ils soient vivement remerciés et
qu'ils trouvent ici le témoignage
de notre fidèle attachement.

A mon maître

le Professeur Agrégé Th. LEMPERIERE

Grâce à qui nous avons pu aborder sans problèmes une carrière aussi vaste, difficile et complexe que la carrière psychiatrique.

A son contact, nous avons pu admirer sa grande expérience clinique et pédagogique ainsi que sa bienveillance et sa disponibilité.

Nous lui en sommes profondément reconnaissants

A mon maître

le Docteur G. DAUMEZON

dont les conseils et les enseignements ont été déterminants dans les débuts et la continuation de notre carrière.

Nous avons pu admirer sa très grande expérience en clinique psychiatrique et à son contact sa profonde humanité,

qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et notre fidèle attachement.

au Docteur J. Ch. MADRE
Médecin-Chef de service de psychiatrie
à l'hôpital de CLERMONT-de-l'OISE

qui a participé à notre formation,
pour la sympathie qu'il nous a
témoignée, pour son accueil et
son humanité.

A mes camarades de l'internat

A mes amis en Algérie et en France

## - INTRODUCTION -

Profitant de notre jeune expérience psychiatrique à l'hôpital H. ROUSSELLE, sous la direction de mon maître, le Docteur G. DAUMEZON chef de service, nous avons essayé dans ce travail de dégager les principaux aspects psycho-sociologiques et psycho-pathologiques de la migration algérienne en France.

C'est au Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (C.P.O.A.) où nous avons eu l'honneur d'exercer comme médecin de garde, que nous avons été frappés par le nombre élevé de consultations données à des malades d'origine Nord-africaine et principalement algérienne.

Nous avons voulu essayer de montrer dans ce modeste travail, que le nombre élevé des consultations données à ces Algériens n'est certainement pas l'indice de l'existence chez eux d'une fréquence plus grande des affections mentales. Nous avons volontairement limité ce travail aux seuls migrants Algériens, matériel d'étude intéressant, à cause de leur nombre particulièrement élevé par rapport aux autres migrants travaillant en France, et l'ancienneté de leur migration.

Il nous a paru nécessaire de réserver la première partie de ce travail à une brève analyse socio-ethno-culturelle du milieu algérien et de situer ses différentes particularités psychopathologiques sur place en Algérie, pour pouvoir aborder avec un peu plus de lumière, les problèmes d'assistance psychiatrique de ces Algériens en France. Pour expliquer la grande "consommation" psychiatrique de ces transplantés, nous nous sommes proposés de dégager et d'analyser dans la limite de nos faibles moyens les différents éléments qui la favorisent, à savoir :

1°) - Le choc de la transplantation

2°) - Les difficultés d'adaptation dans un milieu d'accueil hautement différencié.

3°) - La déculturation progressive avec les différents éléments du phénomène réactionnel appelé "crise d'identité".

4°) - Les multiples sources de surmenage physique et psychique dû aux difficultés d'organisation et d'adaptation et à l'aliénation rythmique temporelle.

5°) - La barrière linguistique, source supplémentaire d'isolement, donc "marginalisante" et frustrante.

6°) - Les vicissitudes sociales génératrices de situations dites "paranoïagènes".

Les vicissitudes sociales étant vécues à travers les interprétations à forte composante émotionnelle du migrant au terrain sensibilisé par l'inadaptabilité de ses défenses névrotiques originelles face à un système de valeur inconnu.

Il est maintenant classique d'affirmer que les Algériens chez eux adoptent un comportement différent quant aux vicissitudes sociales locales et que leurs systèmes de défense sont adaptés à la réaction du groupe dont ils se sentent faire partie, l'individu n'existant que par le groupe et pour le groupe qui leur présente un seuil de tolérance élevé.

L'étude de ces divers éléments, inducteurs d'une psychopathologie complexe, nous paraît représenter l'essentiel dans la détermination des différents syndromes psychiatriques avec le minimum d'erreurs.

Dans ce domaine, la barrière linguistique réduit le contact et limite la relation médecin-malade et par là, les possibilités d'une thérapeutique déjà par elle-même parfois incertaine dans la pratique psychiatrique classique. Nous n'avons pas la prétention de discuter ici de toute la psychopathologie des migrants Algériens, qui est vaste, variée, fluctuante, difficile.

Nous nous sommes arrêtés à l'analyse des tableaux les plus fréquemment rencontrés et les plus caractéristiques à savoir :

1°) - Les états dépressifs.

2°) - Les tableaux hypochondriaques avec ce que nous avons appelé "la façade hystérique".

3°) - La névrose post-traumatique (qui continue à faire couler beaucoup d'encre et que certains auteurs ont appelé à tort le syndrome Nord-africain).

Tout ce que nous avons rapporté ici, nous a été inspiré par nos maîtres qui ont débattu avant nous et avec brio de tous ces problèmes psycho-sociaux et psychopathologiques en rapport avec la migration étrangère en France.

Etant nous-mêmes de la même origine socio-ethno-culturelle que ces migrants Algériens et parlant leur langue maternelle, nous nous sommes permis de mettre l'accent sur leurs sentiments et leurs réactions face à une infrastructure médicale, souvent inapte à leur besoin et à leur demande où la tonalité affective est parfois prédominante.

## I - ELEMENTS DE SOCIOLOGIE ALGERIENNE : LE GROUPE FAMILIAL -

La famille en Algérie vit et se développe selon les règles du patriarcat. On ne retrouve aucun élément spécifique à l'Islam influençant ces règles qui existent dans d'autres sociétés non islamiques. Ce patriarcat se ressent dans le domaine économique contrôlé presque exclusivement par des hommes. Les femmes algériennes ont un rôle capital dans le maintien des traditions culturelles et religieuses et elles en sont les gardiennes efficaces. Un homme sans femme (décès - divorce) est incapable d'autonomie complète. Au sein de chaque famille, le père règne en maître quasi absolu, secondé par le fils aîné susceptible de le remplacer en cas d'absence momentanée ou de décès. Il est d'ailleurs préparé très tôt pour cela. Le père l'investit de sa confiance et de son estime dès l'âge de la puberté à partir duquel il s'affirme en homme responsable, autonome, avec une certaine indépendance affective. C'est lui qui est pris comme modèle par les enfants mâles de la fratrie qui lui obéissent comme un père. Il contrôle souvent la scolarité de ses jeunes frères, rarement celle de ses soeurs qui doivent apprendre de leur côté auprès de leurs aînées, les vertus que doit posséder la femme (soumission absolue, discrétion et les pratiques magiques et rituelles), en sorte qu'elles puissent à leur tour jouer le rôle de gardiennes de la tradition .

La mère gère la maison en toute liberté. Outre l'éducation exclusive des filles qu'elle prépare à une vie de femme d'intérieur; c'est elle qui marie ses enfants garçons ou filles et intervient très efficacement même dans leur éventuel divorce qu'elle provoque souvent. Le père est mis au courant secondairement, il approuve la mère en général. Tout le monde la respecte et lui obéit, y compris le fils aîné. Avec l'âge, son influence sur la famille se fait de plus en plus grande et l'on assiste parfois à un effacement progressif de l'autorité paternelle qui ne demeure que symbolique.

"Sur le plan général, la supériorité des hommes a pour conséquence paradoxale l'existence d'une société féminine relativement autonome qui, vivant dans un univers gardé volontairement clos,

demeurant en apparence exclue des responsabilités essentielles et même parfois des enseignements religieux, exerce sur la société masculine une grande influence, tant à travers la prime éducation qu'elle donne aux enfants et par laquelle se transmettent les croyances magiques et les pratiques rituelles, que par la résistance souterraine et secrète mais non moins efficace, qu'elle oppose à toute modification d'un ordre traditionnel dont elle est apparemment la victime" (Sociologie de l'Algérie - Pierre BOURDIEU P.U.F. 1974)

L'individu ici n'existe pas en tant que personnalité autonome. Il ne peut dissocier sa personnalité propre de la destinée commune du groupe familial. La vie sociale etouffe le vie personnelle et l'individu solidement enserré dans la famille par des liens socio-affectifs, règle ses actes et ses pensées à travers les options du goupe (1).

(1) Une explication parmi tant d'autres des troubles du comportement du migrant Algérien <u>isolé</u> dans un milieu socio-culturel hautement différencié, vécu comme rejetant et hostile. Troubles du comportement du type paranoïaque avec délire de persécution, préjudice, revendication, etc...

## II - LE MALADE MENTAL EN ALGERIE : CONSIDERATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES -

Il nous a semblé important dans le cadre de notre travail de définir et d'analyser le statut social du malade mental en Algérie, afin de mieux comprendre en milieu psychiatrique français, certaines particularités notamment, du comportement, de l'expression, et la relation "malade algérien - médecin occidental", que nous ne retrouverons pas à propos d'une même entité clinique psychiatrique classique (type KROEPLIN).

Nous pensons qu'il n'existe pas et qu'il ne doit pas exister de nosographie spécifique à chaque race ou à chaque milieu socio-culturel. Il n'y a pas non plus de maladies mentales propres à telle ou telle race (thèse soutenue par certains tenants de la psychiatrie transculturelle), sinon l'on rencontrerait autant de variétés de délires de persécution, de jalousie, etc... qu'il y a de langues, de religions.

La maladie mentale existe et est dirons-nous, la même pour tous. Peu importe les processus de déclenchement et les différents modèles de traitement de cette maladie. C'est surtout au niveau de la symptomatologie donc, au niveau de l'expression que la différence est grande entre les malades mentaux issus de milieux socio-culturels différents.

Dans la société algérienne le fait d'être en bonne santé mentale est lié à la notion d'intégration coutumière dite normale, au groupe familial au sens large du terme (1), alors que dans la société

(1) Nous entendrons par là d'abord l'intégration à la famille immédiate (père, mère, fratrie) mais également l'acceptation par les membres du clan au Douar et par extension au milieu socio-culturel l'intégration coutumière implique un comportement cohérent surtout par rapport à celui du Collectif. Un comportement individuel se démarque presque instantanément.

européenne, individualiste, structurée en cellules strictement conjugales, être en bonne santé mentale implique, semble-t-il, la préservation de son individualité en dépit de toutes les contraintes socio-professionnellles ainsi que l'obligation pour cette individualité de ne pas s'exprimer en agressant directement ou en mettant en péril indirectement l'équilibre social à chaque échelon (familial, profesionnel).

En Algérie, l'état de santé mentale c'est ce que la famille, la tribue et de ce fait la communauté entière a reconnu sur ses propres critères. Elle considère le morphotype, la tenue vestimentaire, le regard, les attitudes situationnelles et le comportement, le discours, le délire et ses thèmes, l'agressivité , son sens, sa motivation et son degré, les troubles mnésiques, fausses reconnaissances, fabulations. A noter qu'on considère essentiellement les thèmes hallucinatoires, mais pas le mécanisme.

Un système ou un groupe de symptomes détermine la situation du malade au sein d'une nosographie locale fluctuante (car les nuances sont nombreuses)

Grosso-modo, la classification est la suivante :

1) MAHBOUL = fou (avec une note d'irreversibilité). Il se démarque nettement du milieu. On accepte son internement.

2) MADROUB = frappé par les Djouns (1) - (pathologie mentale aiguë avec délire et agitation - peut-être reversible).

3) MASSKOUN = habité par les Djouns - avec éléments hallucinatoires (on peut dire Madjnoun)

(1) DJOUNS = pluriel de DJIN ou démon. S'il existe une forte composante sthénique Djin signifie diable

4) MKHASSAR MEN AKLOU = cerveau perturbé. Idiotie

5) MOUADAR DMAGHOU = troubles mnésiques avec
ou MOUADAR AKLOU confusion, fausses reconnaissances, fabulations.

6) MAHBOUL CHOUIA = "un peu fou". Nuance comportementale, plutôt sociologique

on peut remplacer ce terme par :

MAKHBOUT = troubles du comportement avec éléments hystériformes

Il existe d'autres termes propres à chaque région pour désigner différents troubles du comportement. Nous n'en faisons pas mention ici.

La folie peut apparaître comme une manifestation de ces Djins, mais la preuve doit en être préalablement faite par une reconstitution, le plus exactement possible, des circonstances de l'apparition des troubles.

En général, le début est brutal, la symptomatologie est d'emblée aiguë avec souvent manifestations convulsives, délires aigus ou parfois simplement états confusionnels avec agitation. La date d'apparition des troubles, le lieu sont également deux éléments importants pour le diagnostic d'une maladie mentale en rapport avec les Djins. On précisera si le malade était seul car en général, le sujet n'est jamais "habité" ou "possédé" par les Djins s'il est accompagné.

Il existe des périodes prédisposant à la possession par les Djins (notamment les débuts de printemps et les fins d'automne), ainsi que des lieux favorisant leurs manifestations et tout particulièrement les cours d'eau le soir, les ravins en montagne au coucher du soleil, cimetière, ou tout simplement dans une rue déserte en présence d'un animal domestique de couleur sombre qui peut être l'incarnation même d'un Djin.

Outre les manifestations psychopathologiques en rapport avec les Djins on distingue :

. Les simples d'esprit qui sont facilement tolérés, craints et respectés. C'est parmi eux que se

recrutent les derwiches, personnages doués de pouvoir extra-lucide.

. Les délirants chroniques non agressifs sont assimilés à des êtres marginaux, mais jamais anti-sociaux. Leur délire est souvent commenté par les autres et interprêté dans un sens philosophique ou religieux.

. La schizophrénie et les autres maladies d'évolution chronique sont considérées comme des infirmités acquises définitivement, alors que les psychoses aiguës quand elles sont reversibles entraînent une restitution sociale relativement sans problème.

Le malade possédé par les Djins d'après les critères traditionnels, fait encore l'objet actuellement et surtout dans le milieu rural, de pratiques thérapeutiques traditionnelles de la part du Taleb, du Cheikh ou d'une confrérie religieuse comme le "Zaouia el Alaouia".

La possession par les Djins est considérée comme un accident dont personne ne peut être à l'abri. Cet accident est plus ou moins lié à la croyance divine, à une incompatibilité spirituelle transitoire. Un sujet qui transgresse les lois familiales ou religieuses peut se retrouver sans protection divine, et de ce fait, est susceptible d'être possédé par les Djins.

Le malade mental dans sa famille est entièrement pris en charge. On évite les occasions de heurt avec lui. Souvent, les communications avec lui se font par l'intermédiaire d'un même membre de la famille qui lui rend visite dans sa chambre, notamment pour les questions matérielles quotidiennes (il lui apporte ses repas, son linge, etc...).

Il peut aussi sortir dans la rue, contrôlée par les enfants d'où l'occasion de moqueries, de rires, quolibets à son adresse. Si les adultes interviennent souvent pour le protéger et chassent les enfants, si le malade devient dangereux, on intervient auprès de la famille, qui récupère son malade et l'incident est clos. Si le malade est dangereux en permanence et crée de ce fait un

climat d'insécurité, on intervient auprès des autorités et de la famille en même temps qui, en général, ne fait pas de difficultés pour l'internement de son malade.

En matière de maladie mentale, l'hérédité n'est pas reconnue. Dans les alliances interfamiliales , il n'est pas tenu compte des précédents psychiatriques familiaux. Certains malades mentaux peuvent se marier, cl: les délirants chroniques de jalousie ou de persécution. Certains débiles moyens etc...

Quant à la prise en charge du malade, l'éclatement de la famille ou l'effondrement économique bouleverse l'existence du malade mental qui est de ce fait rejeté dans la rue ou récupéré par une unité de soins psychiatriques.

Dans le domaine de la thérapeutique traditionnelle, on a beaucoup parlé des marabouts qui deviennent de plus en plus rares actuellement, à cause de l'option socialiste du régime, qui favorise le développement d'une médecine dite moderne, calquée sur celle qu'on trouve en occident et tout particulièrement en France. Les pratiques maraboutiques tombent depuis peu et dans certaines régions sous le coup de la loi pour exercice illégal de la médecine.

Le marabout obtenait néanmoins de gros succès dans le traitement des hystériques. Le Taleb peut éventuellement jouer le rôle d'exerciste. Il évoque la puissance divine et utilise à souhait les versets du Koran pour sa thérapeutique. Outre le traitement de certaines manifestations hystériques, il se propose de soigner diverses autres manifestations névrotiques souvent sans y croire lui-même (frigidité, impuissance, trac, phobies, etc...)

Dans les grandes villes, on voit actuellement des consultants venir d'eux-mêmes dans les hôpitaux psychiatriques, adressés par des Marabouts ou des Talebs, qui envoient une clientèle d'origine rurale pour sa grosse majorité. Les modes de placement sont identiques à ceux utilisés en France et la loi du 30 Juin 1838 est encore en vigueur.

- Les autres pratiques : magiques, empiriques, religieuses

- Le Talisman ou HROUZ = est constitué d'un morceau de papier de parchemin sur lequel le Mrabet (Marabout) ou le Taleb écrit une formule dite magique, généralement quelques phrases d'un verset du Koran. On porte le talisman soit par conviction, soit par superstition pour se protéger des dangers du "mauvais oeil", ou des diverses autres maladies (surtout celles en rapport avec les Djoun$).

- L'amulette = c'est la petite pochette en cuir ou en métal qui renferme le talisman.

- L'exorcisme = sous la direction d'un Mrabet ou d'un Taleb, se pratique à la demande de la famille du malade qui est en général un délirant aigu, une hystérique, un halluciné agité. Le but du traitement consiste à déposséder le malade en essayant de chasser les Djouns par des formules magiques qui ne sont que des versets du Koran, en s'aidant de pratiques gestuelles. La mise en scène est parfaite et l'exorciste est un très bon acteur. La cérémonie est souvent impressionnante, car on a recours à des sacrifices d'animaux (coq, bouc selon les cas) qu'on égorge au dessus de la tête du patient. Le sujet suggestionné par des propos et des incantations entre en hypnose. Le Taleb lui fait décrire des lieux qu'il n'a jamais vus et arrive parfois à lui faire avouer des actes qu'il n'a souvent jamais commis. C'est le classique dialogue entre le Taleb et les Djins qu'il est en train de chasser.

Le Taleb exorte le Djin de sortir du corps de son patient et de retourner d'où il est venu. Le Djin par l'intermédiaire de la voix du patient répond par l'affirmative, mais très souvent il exige pour son départ définitif le sacrifice d'un autre animal de son choix, l'organisation d'une fête en son honneur (AOUADA) ou autres exigences absurdes.

N.B. : Le maraboutisme est une pratique ancienne à vocation médicale. Le marabout guérit certains hystériques en invoquant presque exclusivement la puissance divine. Il existe des marabouts qui se sont faits une renommée dans certaines spécialistés.

. En rhumatologie comme le marabout Sidi Ben Amar de NEDROMAH qui soigne la sciatique.

. D'autres marabouts sont considérés comme des Saints et on peut leur demander le Baraka (bénédiction). Ces Saints deviennent par la suite des Ouali (Saint reconnu officiellement à l'échelon local). Après leur mort, chaque Ouali est enterré au sommet d'une colline. On construit par dessus son tombeau, un petit mausaulé avec coupole (KOUBA) et au "Moussem" (célébration d'anniversaire de la mort du Ouali) se réunissent des confréries religieuses autour du tombeau du Saint homme local pour danser, chanter des cantiques, pratiquer des tours de magie, procéder à des scènes d'hypnose, d'envoutement et c'est à cette occasion que l'on assiste à des expériences d'anesthésie spectaculaires (similaires aux expériences d'anesthésie pratiquées par les Derwiches iraniens qui demeurent insensibles lorsqu'une fois en transe, ils s'appliquent une cuiller chauffée au rouge sur la langue).

La plus célèbre de ces confréries est celle des Aissaouas qui outre leur pouvoir sur les éléments naturels, ils se proposent de déposséder les patients du démoin (Djin) et d'attirer sur les Khaïmas (maisons familiales) accueillantes et généreuses, bonheur et sérénité.

## III - LA "PSYCHIATRIE" EN ALGERIE -

### a) Bref aperçu sur les structures psychiatriques en Algérie

L'histoire de la psychiatrie au maghreb est très mal connue, malgré les rares documents historiques écrits par Ihn Jesar et Ibn Imran (mort à Kairouan en 852 et auteur d'un traité sur la mélancolie), concernant ce domaine. Les premiers réglements officiels concernant les services psychiatriques furent établis en 1934.
A cette époque, on disposait sur place de trois services ouverts : ORAN, ALGER, CONSTANTINE, chef-lieu de département, et d'un service fermé à BLIDA, régi par la loi du 30 Juin 1838.

Il a fallu attendre 1954 pour voir en Algérie un minimum d'établissements psychiatriques fonctionner avec l'éventail suivant :

- ALGER (Hôpital Mustapha) ..... 80 lits
- BLIDA ..... 2200 lits
- AUMAL ..... 300 lits
- ORLEANSVILLE ..... 200 lits
- CONSTANTINE ..... 76 lits
- ORAN ..... 550 lits

En 1960, fut construit à 12 Km d'ORAN l'hôpital de SIDI CHAMI avec 1200 lits.

Actuellement, il existe environ 1 lit d'hospitalisation psychiatrique pour 2000 habitants (chiffre très inférieur aux normes de l'O.M.S). Le secteur privé en psychiatrie est quasi inexistant. Les dernières cliniques psychiatriques privées passèrent sous le contrôle de l'état après l'indépendance (Juillet 1962) et il n'y pas de psychiatres privés installés ni de psychanalystes ni de psychothérapeutes de tout bord.

b) La pathologie psychiatrique hospitalière en Algérie

Quand on parle de malades mentaux en Algérie, même à l'heure actuelle il s'agit en général des malades mentaux dits "lourds". On hospitalise un "gros malade" souvent en urgence (1) : psychoses aiguës, bouffées délirantes, notamment avec une nette prédominance du sexe masculin et de l'âge jeune. Notons que sur 12 millions d'habitants, il existe 56% de jeunes de moins de 20 ans avec 49% d'hommes et 51% de femmes. Les hommes en Algérie ont-ils une aptitude particulière à délirer plutôt que les femmes ?

Certains auteurs (Pr BENMILOUD) expliquent la prédominance masculine en matière d'hospitalisation par la singulière tolérance familiale de la femme agitée. Les vieillards sont peu nombreux par rapport à la population générale et leur espérance de vie est relativement courte ; un nombre réduit parmi eux se trouvent hospitalisés pour démence sénile ou mélancolie d'involution.

Le Professeur BENMILOUD et ses collaborateurs ont analysé les syndromes psychiatriques les plus courants et donné quelques précisions sur leur particularités :

1) Les psychoses chroniques : se signalent par leur évolution qui se fait le plus souvent par bouffée avec les thèmes délirants classiques suivants : envoutement, ensorcellement, persécution, empoisonnement.

(1) Nous avons dit plus haut que le milieu algérien prent en charge son malade jusqu'à une certaine limite (limite de tolérance) basée sur les critères de dangeorsité.

2) La schizophrénie ne présente pas de grandes différences par rapport à la schizophrénie Kroeplinienne et sa réaction au traitement classique est la même.

3) Les psychoses puerpérales sont relativement fréquentes

Deux facteurs semblant favoriser cette fréquence

a) l'Algérie est l'un des pays où le taux de natalité est parmi le plus fort.

b) l'existence d'un certain déséquilibre alimentaire dans le sens de la carence.

4) Les syndromes confusionnels sont également courants mais leur passage à la chronicité et leur évolution vers un état dissociatif est rare.

5) l'hystérie demeure et de loin, la névrose la plus fréquente. Tous les symptomes peuvent se retrouver : de la grande attaque à la Charcot à l'état crépusculaire, en passant par des syndromes somatico-fonctionnels durables.

6) la névrose obsessionnelle est rare, contrastant avec l'existence de nombreux syndromes phobiques observés chez les femmes et où le rôle de la maternité, de la vie sexuelle semble capitale (exemple : multipare, mère de famille nombreuse appréhendant une nouvelle grossesse. L'usage de la pilule est quasi-inexistant).

7) Les syndromes dépressifs banaux sont de plus en plus fréquents, en relation avec deux facteurs anxiogènes importants

a) La transplantation intérieure (des ruraux vers les villes après l'indépendance)

b) Changement du rythme de vie avec accession rapide à une vie moderne contrastant avec l'inexistence des loisirs.

8) La neuro-syphilis est rare. Un cas de paralysie générale sur 2000 entrées (entre 1967 et 1968 à l'hôpital d'ALGER).

9) La toxicomanie en recrudescence chez les jeunes ces dernières années (Haschich, intoxication médicamenteuse)

L'essentiel des consultations est pratiqué dans les services de "consultations externes" des hôpitaux où se mêlent aux malades de post-cure un nombre important d'hypochondrie, d'état dépressif,

d'hystérie d'angoisse. Il n'y a pas de psychiatres installés en privé ou semi-privé, ni de cliniques. Faute d'infrastructure et de personnel qualifié, on ne s'occupe ni de dépistage, ni de prévention.

Il en ressort en conclusion de l'enquête de l'équipe du Professeur BENMILOUD que la morbidité psychiatrique en Algérie est dominée par les syndromes hystériques, les états dépressifs, les psychoses puerpérales ainsi que les états délirants de structures diverses.

## IV - CONSIDERATIONS SUR DES PHENOMENES SOCIAUX RECENTS EN ALGERIE

### - Phénomènes psycho-sociologiques de l'après-guerre

1°) Après l'indépendance, on assistat en Algérie à un bouleversement des structures sociales dû à la migration (en masse dans certaines régions) des populations rurales qui s'urbanisèrent un peu trop rapidement (recherche de travail, attirance de salaire fixe), avec abandon des terres ancestrales, posant actuellement un problème épineux aux autorités compétentes.

L'apport rural pour la seule ville d'ALGER, se chiffre à près de 700.000 âmes environ, au lendemain de l'indépendance, entraînant l'apparition de phénomènes sociaux classiques :

- chômage, délinquance.

Cette urbanisation brutale est une véritable transplantation avec tous les problèmes qui en découlent et notamment la dissolution des structures et modes de vie paysanne typiquement traditionnels avec apparition de réactions conflictuelles.

- agressivité, irritabilité, anxiété, syndrome dépressif.
- fixations hypochondriaques, délire de persécution
- toxicomanie surtout chez les jeunes.

en rapport avec la difficulté d'adaptation et le surmenage.

La morbidité psychiatrique de cette transplantation intérieure présente une certaine analogie avec celle des transplantés Algériens en France, que nous étudierons en détail plus loin.

Le rural Algérien s'est révélé fragile, difficilement adaptable au travail d'usine, aux horaires fixes, au rythme de vie moderne que l'Algérie s'est choisi pour son expansion économique.

2° L'après-guerre a laissé également apparaître une psychopathologie intéressant les anciens moudjahidins (combattants) et leurs familles :

- Etats dépressifs divers, hypochondries, troubles

du sommeil, et parfois bouffées délirantes chez certains anciens moudjahidins qui s'estiment lésés, mal récompensés par la nation pour leur sacrifice.

- Délire de revendication avec fond paranoïaque chez les mutilés de guerre, incapables de trouver du travail et mécontents de l'indemnisation octroyée par le ministère de tutelle.

- Troubles du comportement de structures diverses chez les veuves de guerre et descendant de Chouhadas (combattants morts au champ d'honneur).

3°) La poussée démographique formidable (favorisée et encouragée par le gouvernement pour motif économique) vient ajouter un facteur supplémentaire de bouleversement social.

En effet, beaucoup de ces jeunes risquent à l'avenir de venir grossir le contingent déjà fort important des chômeurs, car actuellement, le taux démographique dépasse celui de l'expansion économique.

. La démographie galopante, la transplantation intérieure, le chômage, la psychopathologie de l'après-guerre augmentent la consommation psychiatrique de l'Algérie d'aujourd'hui, qui ne peut aligner, face aux nombreuses demandes d'assistance psychiatrique, que 3500 lits environ pour 12 millions d'habitants (soit 1 lit pour 3200 habitants), avec environ 7 psychiatres Algériens (1), le reste des médecins sont des étrangers.

. L'augmentation des besoins psychiatriques est également dû au transfert de la clientèle du secteur médical traditionnel (Marabout, Taleb et autres guérisseurs), vers les hôpitaux et les unités de soins psychiatriques.

. D'autres incriminent un facteur supplémentaire, à savoir le changement quasi brutal de la société vers un modèle socialisant entraînant un "mini-rideau de fer" fait de fermeture hermétique des frontières aux jeunes avec impossibilité de choix politique et l'instauration d'un climat d'austérité, touchant tous les domaines.

(1) Chiffres de 1969. Enquêtes en Algérie ; Pr BENMILOUD et Coll.

Les loisirs, pour ne pas dire inexistants, sont réduits à leur plus simple expression, entraînant chez les jeunes des sensations de malaise, des sentiments de contrainte, agravés par l'ennui qui abaissent très notablement leur seuil de tolérance et les rend extrêmement réactifs et sensibles rapport à "l'autre" au sein du groupe (c'est une société de groupes)

## V - L'EMIGRATION-

TERCET de DANTE

Tu sauras comme il a savour de sel,
le pain d'autrui, et quel dur chemin
à monter et à descendre est l'escalier d'autrui.

(PARADIS, XXVII,58)

## 1°) - Rappel historique

L'amorce de l'émigration de la main-d'oeuvre algérienne vers la France date depuis fort longtemps (fin du XIXe siècle), où déjà en Algérie l'on enregistrait une grande poussée démographique avec un taux de croissance important. Les deux premières guerres mondiales n'ont pas empêché le processus démographique de se développer, comparativement au niveau de vie de la population algérienne autochtone qui est resté extrêmement bas. L'industrialisation à l'époque étant presque inéxistante, le secteur rural autochtone se dégradant surtout dans les zones les plus déshéritées, tenues par les "Fellahs" (1), poussant les Algériens en majorité ruraux, à s'expatrier vers la France, à la recherche d'un emploi sûr et rémunérateur (2) ;

. des Douars (3) entiers s'expatrièrent ainsi en bloc (BOURDIEU et SAYARD) : la crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie : Ed de MINUIT 1964)

. Vers les années 1945, on assistat à une accélération du mouvement migratoire (1945 coïncide avec la période de redressement économique) de l'après-guerre en France et en Europe.

De 1948 à 1958, un contingent de 300.000 Algériens environ s'est formé en France (pour la plupart d'origine rurale en majorité Kabyles et presque tous salariés). Certaines particularités de cette population migrante furent mises à jour :

- Les hommes Kabyles ne se fixent pas longtemps en France et ne restent pas plus de trois ans. Ils sont en général employés dans les usines des grandes villes et comptent peu de chômeurs parmi eux.

(1) Fellah : cultivateur Algérien - terme d'origine strictement rurale - ne se dit pas pour un propriétaire Algérien d'origine citadine.

(2) A cette époque, les jeunes ruraux Algériens étaient employés par les rares propriétaires terriens Algériens ou par les colons quand on avait besoin d'eux, comme saisonnier ou journalier, donc pas de sécurité du travail et ne bénéficient pas du régime de la sécurité sociale.

(3) Equivalent de tribue

- Ceux des plaines constantinoises et algéroises (A. MICHEL) sont embauchés dans le bâtiment (1) et les travaux publics, mais on compte parmi eux de nombreux chômeurs et un pourcentage élevé de célibataires (il est exceptionnel de trouver un ouvrier Algérien résidant en France avec sa famille parmi le nombre des chômeurs).

- Un pourcentage élevé de migrants ont des parents au niveau économique bas, souvent dépourvus d'acitivté de terre et la plupart de ces migrants n'exerçaient pas d'activité salariée avant leur arrivée en France.

Parmi eux, la proportion de scolarisés est extrêmement faible. Certains d'entre eux apprennent à parler, ensuite à lire et à écrire le français, sur le tas, au bout de plusieurs années en France.

- Les caractères socio-psychologiques de cette migration de 1958 à 1960, migration forcée souvent volontairement transitoire ( maximum 4 ans) furent décrits par Mouloud Feraoun et Malek Haddad (romanciers Algériens) :

"Le chemin de départ est presque stéréotypé : en général c'est le chef de famille, souvent l'aîné (2) qui part le premier, à la suite d'un cousin qu'il savait retrouver. Ce dernier prépare le terrain au candidat à l'émigration longtemps à l'avance (logement, embauche). L'aîné est suivi ensuite par un jeune frère, puis par un autre cousin

(1) Ceux qui sont embauchés dans le bâtiment, font embaucher les hommes de leurs douars dans le même secteur, d'où la spécialisation professionnelle par secteur géographique.

(2) L'aîné à un rôle important dans la famille Algérienne. Il remplace souvent le père avec les mêmes pouvoirs patriarcaux. Les autres garçons de la fratrie l'écoutent, lui obéissent, parfois l'admirent.

et ainsi de suite. L'embauche se fait en général dans la même entreprise. On a vu des Douars entiers occuper des postes de travail dans la même usine et habiter la même ville en France.

La gaine des expatriés (1) assure la subsistance de la famille restée sur place et parfois contribuait au développement local.

Malek Haddad écrivait en 1958 : " Déracinés, transplantés, ils cherchaient l'emploi de manoeuvre, le seul qui leur fut accessible à leur arrivée, qui leur rapporterait le plus d'argent possible, acceptant les travaux les plus pénibles, tout en préservant au maximum leurs valeurs ancestrales de vie et de croyances au milieu d'une population dont les coutumes leurs étaient étrangères et dont l'accueil prenait souvent un visage indifférent, parfois hostile. Leur condition économique en France est pénible, car ils envoient presque tous, tantôt le 1/3, parfois la moitié de leur salaire chez eux".

(1) Apport non négligeable en devises pour l'état Algérien.

2°) - Processus d'introduction du travailleur Algérien en France

(Emigration arrêtée par décision unilatérale du gouvernement Algérien en 1973 à la suite des attentats visant des travailleurs Algériens dans le département des Bouches du Rhône notamment).

Le candidat à l'émigration est préalablement sélectionné en Algérie, et doit être muni d'une carte (1), délivrée par l'O.N.A.MO. (Office National Algérien de main d'oeuvre). Avec cette carte, s'il a trouvé du travail en France dans les neuf mois qui suivent son arrivée, il obtient une carte de résidence lui permettant de séjourner en France pendant 5 ans. Il peut obtenir ensuite un renouvellement de la carte pour un séjour de 10 ans. S'il n'a pas trouvé de travail au bout des neuf premiers mois de son arrivée, il doit regagner (2) l'Algérie.

L'accueil en France est souvent assuré par un frère, un cousin ou seulement par un compatriote (en général originaire du même village) préalablement prévenu. Le nouvel arrivant est logé pendant quelques jours dans la même chambre du frère, du cousin ou du compatriote qui est venu l'accueillir, puis dès qu'il a trouvé du travail, il prendra une chambre à part, en général dans le même hôtel meublé. Le problème des familles qui débarquent est plus complexe et plus difficile à résoudre (cas rare, car les Algériens et les Maghrebins en général, ne viennent jamais d'emblée avec leur famille. Le père part

(1) Cette carte était à l'époque difficile à obtenir. Il y avait un dossier à remplir et la sélection était féroce. On ne laissait pratiquement pas sortir le personnel qualifié notamment les gens qui ont suivi une formation ou un stage technique et surtout pas de diplomés. On écartait les gens qui pour des motifs non avoués, voulaient par le biais échapper au service national.

(2) Le renvoi, chez eux des Algériens qui n'ont pas trouvé de travail en France dans les neuf mois limite singulièrement le nombre de chômeurs étrangers et certains phénomènes de délinquance.

le premier, prépare le terrain et ne fait venir sa famille que s'il est sûr d'un emploi stable et d'un logement pour lui et les siens.

Dans un second temps, apparaît la nécessité des démarches administratives qui paraissent très difficiles et pleines d'embûches au nouvel arrivant, souvent illétré. Il se trouve souvent devant une montagne d'imprimés à remplir et de papiers à signer dont il réalise mal l'importance et, c'est à ce moment là, que la connaissance de la langue écrite et parlée fait cruellement défaut. Le barrage linguistique est encore d'avantage ressenti s'il tombe malade au moment où il aurait grand besoin d'être compris et où l'on aurait grand besoin de le comprendre face à une administration hospitalière, à une assistante-sociale, à des médecins ne parlant pas sa langue.

Le rapport Augarb (Madeline Frebous O.C.D.E. 1970) a bien décrit les troubles que ressentent les immigrés Nord-Africains lorsqu'ils débarquent en France : " C'est à ce moment que les arrivants mesurent l'importance du choix qu'ils ont fait en quittant le village, face à une civilisation à laquelle ils n'étaient pas préparés et, pour les ruraux entrant sans transition dans une société industrielle insoupçonnée qui leur apparaît tout de suite comme inhumaine, ils mesurent tout ce qui les sépare au départ des individus adaptés aux exigences de cette vie occidentale. Leur manque de qualification leur apparaît soudain comme une douloureuse réalité".

En route pour la France, le travailleur Algérien migrant a peur ; peur indéfinissable comme toute peur de l'inconnu. Souvent, ce migrant n'a jamais dépassé les frontières de son pays et beaucoup d'entre eux ne sont jamais sortis de l'environnement de leur village. Après l'euphorie du départ, la joie mêlée de crainte au départ du bateau ou de l'avion qu'il emprunte pour la première fois, le temps du voyage lui paraît long. Les migrants sont déjà des exilés sitôt l'ancre du bateau levé ou l'avion décollé. Le système social de communication entre eux change. On est gentil, affable, courtois les uns envers les autres, on cherche à lier connaissance les uns avec

les autres, les affinités se créent d'abord entre gens du même village,de la même région ou, à défaut, de la même ethnie (Chaouïas - Kabyles - arabes du Telle, des hauts plateaux ou rarement du sud). On se renseigne, on renseigne les autres, renseignements fournis en "deuxième ou troisième main" par le cousin ou le cousin du copain qui réside en France. Renseignements brodés, amplifiés, on s'étale en compliments sur le pays d'accueil, sur la beauté de ses villes, son géni économique, la beauté de ses réalisations et de ses femmes. On est conscient des rigueurs de l'hiver et du futur travail à la chaine qu'on devine pénible, mais personne n'ose en parler pour l'instant. Au départ tout est beau, tout sera certainement bien, d'autant plus que chaque migrant est théoriquement attendu par un membre de sa famille "comme un enfant", et sera théoriquement pris en charge les première semaines de son arrivée et son embauche est assurée en général.

A l'arrivée avant tout contact avec un représentant de l'administration du pays d'accueil, c'est l'émerveillement devant tout cet étalage de richesses, la diversité des réalisation techniques avancées, le trafic intense des avions, des voitures, l'extrême déploiement des couleurs qui les énivrent. Personne ne parle, on attend docilement bien rangés, obéïssants, offerts, appréhendant tout et rien. La déception est combien grande lors du premier contact rude et froid avec les représentants de la police de l'air ou du port, et c'est déjà le "choc primaire" de la transplantation. On marche en groupe pour ne pas se perdre, pour se "réchauffer", s'entraider, on observe, on se regarde, s'interroge, et on envoie le plus hardi se renseigner sur l'horaire et l'emplacement des cars en partance pour Paris. Plus heureux sont ceux dont les parents sont venus les attendre à leur descente d'avion. Un mauvais accueil à l'arrivée de la part des représentants des diverses administrations est durement ressenti, et cet accueil est sans cesse commenté plus tard. Beaucoup avouent avoir eu envie de retourner au pays à ce moment là, envie seulement. Ils restent, obéissant aux lois de "l'émigration-contrainte". On assiste souvent déjà à ce stade, au déclenchement inconscient du processus d'identification du moi dans un environnement socio-culturel,

totalement étranger, hostile, répressif, coïncidant avec un début de désarticulation de l'image du corps et la perte des repères habituels sécurisants d'où un début de régression aux stades antérieurs, se traduisant plus tard par ce qui est convenu d'appeler "crise d'identité" avec toutes les manifestations psychopathologiques que nous verrons plus tard (certains états de dépersonnalisation surtout d'ordre névrotique).

3°) L'installation

Les plus gros problèmes de l'accueil en France sont ceux de l'habitat. Dans l'ensemble, les travailleurs Algériens sont relativement moins mal logés que les ressortissants d'autres pays étrangers, Africains noirs et Portugais notamment). Une grande partie de ces derniers empruntant une voie souvent incontrôlée pour s'introduire en France ( clandestine) n'ont pu bénéficier des services de l'O.N.I (Service National de l'immigration) qui assure en principe un logement aux travailleurs-sous contrat.

L'ancienneté de l'immigration algérienne ajoutée aux efforts réalisés spécialement à leur endroit avant l'indépendance (7 Juillet 1962) fait qu'une certaine partie d'entre eux se trouve actuellement logée convenablement.

Sur 450.706 Algériens (INSEE - 1964)

- 54 168 sont logés par les employeurs
- 19 245 " " par l'office H.L.M
- 44 799 " " par différentes associations
- 140 995 se logent eux-mêmes -(1)

(1) Possibilités offertes

a) Hôtels Algériens tenus dans leur immense majorité par des Kabyles résidant depuis fort longtemps en France (souvent avant 1954)

b) Un coin de chambre (non déclaré) chez un cousin ou un frère dans un meublé.

N.B Des Algériens dans les classiques "chambres de bonnes" parisiennes se comptent sur les doigts de la main.

Il faudrait noter que l'office H.L.M ne loge que les familles et en priorité les couples avec enfants. Donc dans ce tableau il s'agit de 19 245 familles Algériennes.

4°) - La migration et ses aspects psycho-sociologiques généraux

La migration de travailleurs d'un pays vers un autre et particulièrement d'un pays socio-culturellement différent d'un autre, a de tout temps créé des problèmes bouleversants humainement et socialement complexes.

Du point de vue social, elle créera deux problèmes principaux :

1) problème concernant l'insertion (1) des immigrants dans le nouvel environnement

2) problème concernant l'accommodation de la communauté d'accueil à ces groupes de transplantés ( Z. ALMEIDA).

Ces deux volets de la réalité psycho-sociale de la transplantation sont indissociables.

Le groupe migrant Nord-Africain de part sa haute différenciation socio-culturelle subira une véritable déculturation suivie en gros de l'acquisition d'une sous-culture de "ghetto" différant de leur culture d'origine et de celle du milieu d'accueil.

On pourrait saisir plus ou moins facilement certains aspects psycho-sociologiques inhérents aux conduites des autochtones face aux migrants mais on connait mal les processus dynamiques d'insertion sociale par lesquels passent ces derniers. Ils traversent tout au long de la période d'insertion plusieurs crises d'identité avec des remaniements successifs de la personnalité.

(1) Les problèmes relatifs à cette insertion sont responsables des divers comportements psychopathologiques chez ces transplantés tout au long de leur séjour dans le pays hôte.

. Z. ALMEIDA et collaborateurs pensent que le processus d'insertion sociale dans le pays d'accueil peut se diviser de manière empirique en trois étapes :

- Adaptation, intégration, assimilation.

(Ces trois étapes correspondent chacune à des mécanismes conscients et inconscients de restructuration de l'identité personnelle).

C'est les problèmes relatifs à l'adaptation qui concernent de premier chef les Algériens qui ne résident volontairement en France que pendant deux à quatre ans en moyenne, puis retournent chez eux. Les problèmes de l'intégration et de l'assimilation n'intéressent, de ce fait, ces migrants que dans les rares cas de mariage mixte (1) de naturalisation avec l'intention de résider définitivement en France.

(1) Beaucoup de couples mixtes envisagent de s'installer définitivement en France, les époux demandant la nationalité française.

. Parmi les demandeurs de la nationalité française se retrouvent beaucoup d'anciens militaires d'actives, d'ex-policiers locaux Algériens employés par l'administration coloniale française et un pourcentage faible d'Algériens ouvriers résidant en France depuis 15 à 20 ans ou plus (parmi eux beaucoup de Kabyles retraités).

## VI - L'ADAPTATION ET SES PROBLEMES PSYCHOPATHOLOGIQUES -

L'adaptation est, dans les premiers mois, fonction de la population hôte (1).

R. DESCLOITRE (Le travailleur étranger, son adaptation au travail industriel et à la vie urbaine - OCDE 1967) dans une analyse de ces phénomènes, dit "que les manifestations plus ou moins accusées de cette attitude sont fonction , à la fois de la distance géographique et de la distance sociale". Un Algérien d'origine urbaine, parlant le français, donnerait l'impression de s'adapter plus facilement. La population du pays hôte n'affiche certainement pas la même attitude face à un migrant algérien citadin parlant le français d'une part, et face à un algérien d'origine rurale d'autre part.

Plus la civilisation à laquelle appartient le nouvel arrivé est étrangère aux yeux des nationaux, plus sa position sociale sera marginale et jugée inférieure. L'infériorité sociale est secondaire à l'infériorité économique qui est une réalité au départ. Tous les migrants (pour motifs économiques) de quelque origine que ce soit, ont inéluctablement une position sociale jugée inférieure, tant qu'ils ne sont pas intégrés. (Nous verrons qu'en ce qui concerne les Algériens, cette intégration est quasi-impossible, donc leur situation sociale restera inférieure pendant tout le temps de leur séjour en France. Nous parlons ici d'ouvriers migrants).

L'adaptation peut se faire dans deux directives différentes sinon opposées (A. SAUVY)(1). L'une comporte l'adaptation de l'homme à son nouveau milieu, l'autre la constitution d'un milieu peu différent de celui qu'il a connu.

(1) A. SAUVY : "La vie des populations" (VII P.U.F 1966).

a) L'adaptation au climat - c'est une nécessité, il faut apprendre à s'habiller, se chauffer et supporter la rigueur de l'hiver (2) qui rend les conditions de travail et de logement particulièrement pénibles.(Ceux qui travaillent dans le bâtiment et les travaux publics en savent quelque chose.

b) L'adaptation au milieu social qui est d'abord linguistique.

c) L'adaptation culinaire souvent difficile sinon impossible à cause de la grande influence religieuse (viande de cochon interdite, abattage des animaux qui doivent subir une saignée au préalable). Il faut noter que le vin, interdit par la religion musulmane est ici, consommé à souhait (pour rendre plus supportable les tensions crées par la dynamique de la vie moderne, le dépaysement, la marginalité).

L'Algérien ne boit jamais seul. Il vous raconte souvent qu'il a été entraîné à boire et c'est en effet souvent le cas. On rencontre un certain éthylisme chronique surtout parmi les migrants résidant en France depuis plus de quatre ans. En pratique courante, un Algérien ivre est surveillé par ses compatriotes. On l'empêche de sortir dans la rue, s'il s'agite on devient bruyant. Ils savent que l'intervention de la police est rapide et particulièrement efficace à leur endroit (3).

(2) Les Algériens en vacance chez eux, ou par courrier, commentent largement la rigueur de l'hiver en France.

(3) C'est l'origine de beaucoup de placements d'office intéressant les Algériens.

L'adaptation au travail est difficile également surtout pour les ruraux généralement anaphalbètes, arrivant pour la première fois en France. Habitués aux gestes ancestraux, conformes aux nécessités économiques et écologiques d'un milieu qui leur est familier, ils se trouvent brutalement en confrontation avec un rythme de vie et de travail minuté, précis, implacable, basé sur la productivité globale et la rentabilité individuelle au sein d'un environnement professionnel individualisant et agressif, source de tensions permanentes.

En rapport avec l'adaptation au travail, on a beaucoup parlé de l'instabilité particulière des Algériens au travail. Il a été constaté après diverses enquêtes faites dans ce domaine (M. TREBOUS OCDE - A MICHEL CNRS) que cette mobilité des Algériens dans le travail est exactement la même que celle des ouvriers autochtones à condition socio-professionnelle équivalente.

A MICHEL met en lumière à ce sujet trois constatations après une enquête du Ministère du Travail sur le turn-over (instabilité) des travailleurs Algériens.

- Les Algériens qui n'ont pas changé d'entreprise depuis leur arrivée en France sont aussi nombreux que ceux qui ont changé une ou deux fois. L'ensemble de tous ces derniers est nettement plus important (56,4%) que ceux qui ont changé trois fois et plus (31,9%).

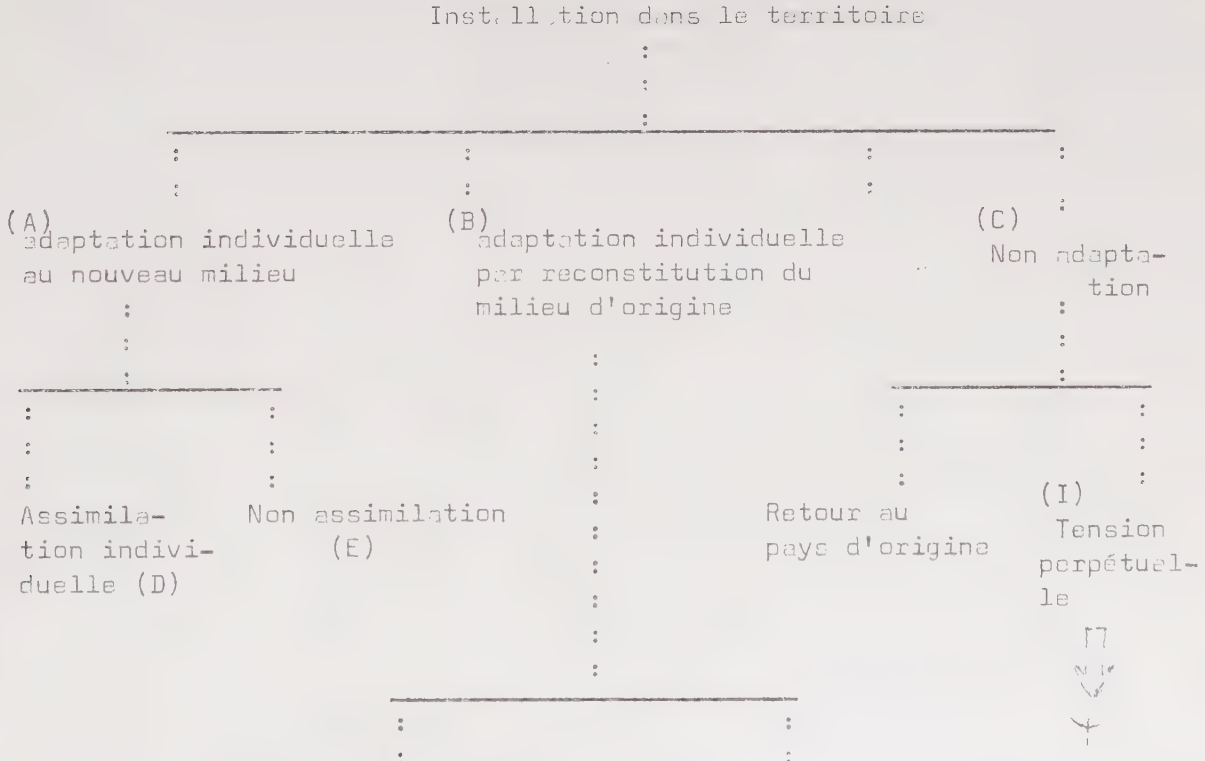
- Les changements d'entreprise provoqués par les licenciements des employés (en dehors des fins de chantier ou des périodes de chômage) sont de 4,3% alors que ceux décidés par les Algériens sont sans raison apparente (3,20%) soit pour bas salaire (18,6%) sont cinq fois plus élevés que les premiers (21,8% contre 4,3%) et l'on peut conclure schématiquement que les Algériens sont cinq fois plus mécontents de leurs employeurs que ceux-ci ne le sont de cette main-d'oeuvre.

Donc, les causes sociales provoquant les départs (bas salaires, brimades, injustices, renvois pour maladie, accident de travail ou fait de grève) pèsent beaucoup plus sur les changements des travailleurs Algériens que les départs volontaires sans cause apparente. Elles interviennent d'après A. MICHEL dans 46·6% des cas.

Ces pourcentages cités nous permettent de dire que les causes les plus importantes de la mobilité des Algériens résident moins dans le psychisme particulier de ces derniers, que dans les conditions générales de vie et de travail. L'enquête du ministère du travail conclut de son côté à ce sujet, qu'à égalité de salaire, de qualification, de poste de travail et de logement les Algériens seraient aussi stables que les Européens.

Selon (A. SAUVY (1), la reconstitution partielle de l'ancien milieu qui exige un certain groupement géographique, peut se faire par la vie professionnelle, la vie familiale, la fréquentation presque exclusive de compatriotes, la reconstitution du mode de vie traditionnel, dans l'habillement, le logement, la cuisine, etc... Dans les cas extrêmes, les relations avec le milieu indigène se trouvent des plus réduites d'où l'impossibilité de l'assimilation et même de l'adaptation.

- Schéma selon A. SAUVY



1) Rubrique A :

L'adaptation individuelle au niveau milieu se fait très progressivement et se réalise certainement s'il n'y a pas de problèmes de travail et de logement. Les Algériens d'origine citadine pour des raisons évidentes, s'adaptent beaucoup plus vite que les ruraux qui en général tentent la reconstitution du milieu d'origine d'emblée.

L'assimilation individuelle ne se fera jamais (D) à cause de la "loi du retour". La non assimilation (E) intéresse tout le monde.

2) Rubrique B :

concerne certainement la majorité des migrants Algériens. Un semblant de milieu d'origine est recrée dans les hôtels meublés tenus par des Kabyles anciens migrants. Ces hôtels sont groupés parfois par deux ou trois dans le même quartier, parfois dans la même rue, avec café au rez-de-chaussée où l'on peut jouer aux cartes (ROUNDA) et aux dominos, échanger des informations pour l'embauche, chercher des nouvelles du pays. En dehors de l'entreprise, le migrant Algérien célibataire partage son temps entre sa chambre, le café de l'hôtel et rarement en visite chez un ami habitant un autre quartier à forte concentration algérienne. Ces visites se font surtout le week-end. Dans les foyers-hôtels de la SONACOTRA, même si les Algériens sont majoritaires, ils ne peuvent reconstituer leur milieu d'origine. La SONACOTRA organise en effet la vie de ces hôtels avec un réglement strict à suivre comme dans les casernes. On ne peut dire autant des quartiers comme "la goutte d'or" à BARBES ou à GENNEVILLIERS, BELLEVILLE, où réside une importante population Nord-africaine homogène du point de vue socio-économique avec ses commerces traditionnels, ses restaurants, ses coiffeurs, ses bains maures, ses cafés maures, ses bouchers où l'on achète sa viande provenant de bêtes tuées selon les rites religieux (saignées par égorgement, la tête orientée vers l'Est dans la direction de la mecque. Au nom du Dieu clément et miséricordieux "bismi lahi erah mani erahimi"). Dans ces

quartiers habitent de nombreuses familles complètes avec père - mère - frères et soeurs vivant selon les règles du patriarcat. C'est parmi la discordance de ces familles que l'on observe certains troubles du comportement dûs à des conflits permanents avec les parents. En effet, les enfants de ces migrants suivent une scolarité normale en France, parlent français couramment, fréquentent des petits camarades français et ont tendance à assimiler la langue et la culture du pays d'accueil. Ce qui implique une certaine difficulté de communication entre les parents et leurs enfants qui échappent progressivement à leur contrôle (éducation traditionnelle). C'est souvent dans ces conditions particulières que s'amorce la rupture des couples, surtout à la suite d'une prise de position de la mère pour les enfants lors d'un conflit qui les oppose au père. Pour le père, sa fille est "de mauvaise vie" si elle est suprise en compagnie d'un camarade de classe et son fils un "voyou" s'il porte des cheveux longs et s'il n'est pas soumis et obéissant. Son intervention pour remettre ses enfants sur une ligne de conduite traditionnelle est souvent maladroite et brutale, ce qui entraîne une réaction de défense aussi brutale de la part des enfants. Le père se retourne contre la mère, lui reprochant d'avoir mal élevé ses enfants, ces derniers à leur tour, prennent position pour leur mère et c'est le début de l'éclatement du couple et par là de la famille.

Observation du jeune B..... K

Il s'agit d'un jeune Algérien de 15 ans qui habite en France avec ses parents depuis l'âge de 3 à 4 ans. Il a été à l'école primaire jusqu'au terme, puis a suivi un début de formation professionnelle. Il fréquente dit-il une bande de copains français qu'il a connus à l'école et dans son quartier. Il porte les cheveux longs comme eux, a les mêmes gouts et les mêmes idées qu'eux et leur est très attaché. Il parle très mal l'arabe et sa langue maternelle semble être le français pour lui. Quand il rentre tard à la maison, son père le gronde et parfois le bat.

Il communique difficilement avec son père qui lui paraît sévère et fermé à ses demandes. Il désirait une mobilette pour "aller à l'école", son père la lui refuse à cause des risques d'accidents.

Il ne supporte plus que son père le traite de fainéant et de voyou, et ce qui lui fait le plus mal, c'est les scènes de ménage entre ses parents à cause de lui et son petit frère. Son père reproche sans cesse à sa mère de les avoir mal élevés. Lors d'une de ces scènes de ménage devenues classiques, B....K s'interpose entre son père et sa mère et les sépare brutalement. Ses parents ont cessé leur dispute, étonnés, les bras ballants. B....K les invite à s'asseoir et se mit à les raisonner. "J'avais une sensation curieuse d'être le père de la famille. Mon père et ma mère me paraissaient comme des enfants à qui je faisais la leçon. Cette situation m'a fait beaucoup de mal"

Depuis cet incident B....K avait du mal à s'endormir. Le quatrième soir après son intervention, il se regarda intensément dans la galce et vit son visage se dédoubler, ses membres se déformer. Il poussat un cri qui réveillat son père. Il racontat le phénomène à son père qui lui conseillat d'aller voir un médecin qui l'adressa muni d'une lettre au C.P.O.A.

Il s'agit ici d'un syndrome de dépersonnalisation vécu par un jeune Algérien, en rupture avec son milieu socio-culturel, dépourvu de modèle à l'image du père, se trouvant devant un problème de crise d'identité quasi insoluble. Des situations conflictuelles similaires sont fréquentes dans le milieu des transplantés dont les enfants, arrivés très jeunes en France, ont suivi une scolarité normale et se sont adaptés au milieu socio-culturel du pays d'accueil. Ils n'ont d'étranger que le nom ou parfois le physique. Leur comportement et leur mode de pensée correspondant à ceux d'un petit français et diffèrent énormément de ceux que les parents connaissent, d'où conflit car les parents, eux, ne changent pas.

3°) Rubrique H

Le retour au pays d'origine se fait assez rapidement, au bout de quelques semaines s'il y a impossibilité d'embauche, rarement dans le cas d'un choc dit de la transplantation mal toléré.

Le migrant Algérien considère comme un échec particulièrement humiliant s'il retourne au pays sans avoir travaillé, donc sans argent. Il sait qu'il sera en permanence le sujet de quolibets et de moqueries. Les phrases les plus courantes qu'il entendra sont (traduction du mot à mot) :

- "C'est le touriste qui revient".
- "Il est vrai qu'il fait trop froid en France pour les petites mains douces".
- "Il a été élevé dans de la soie ce petit".
- "Il n'a pas osé laisser ses pauvres parents au pays".
- "Les hommes, les vrais qui se battent, bossent, se privent pour nourrir la famille restée au pays, sont restés là bas en France".
- "Qu'est ce que vous voulez, il est trop sentimental, il ne peut pas se passer de nous".
- "Il est malade le pauvre, etc..."

Ceci nous démontre l'existence de ce que nous appelerons le "versant contrainte" de cette migration par nécessité économique expliquant, peut-être, l'attitude docile et soumise au travail de la majorité des migrants Algériens et les états dépressifs permanents latents ou patents qui les caractérisent presque tous, avec révélation d'une symptomatologie névrotique dans les six premiers mois de leur séjour en cas de terrain fragile. Il faudrait néanmoins préciser que les problèmes de santé mentale dans le pays d'accueil ne concernent pas les seuls migrants Algériens.

G. DAUMEZON écrit (in Assistante psychiatrique aux malades mentaux d'origine Nord-Africaine en musulmane, en métropole Monographie de l'I.N.H. N° 14 Paris 1957) :

" Les problèmes de santé mentale posés par l'émigration Nord-africaine, s'apparentent étroitement aux problèmes généraux de la psychopathologie de la transplantation tels qu'ils ont pu être définis à travers l'étude de population migrante d'origine et de types différents".

Les études sur la psychopathologie de la migration sont nombreuses et leurs conclusions sont presque identiques. Nous essayerons pour ce qui concerne le cas des Algériens, de mettre en relief à travers notre expérience à l'hôpital H. Rousselle, les particularités symptomatologiques de cette psychopathologie que nous mettrons sur le compte de l'influence du milieu socio-culturel algérien hautement différencié.

b) La psychopathologie de la transplantation

Sans entrer dans les considérations en rapport avec les prédispositions particulières dûes au terrain fragile, au départ d'Algérie, nous nous proposons de dire quelques mots sur les syndromes les plus fréquemment recontrés chez des malades algériens en France.

Mis à part les états dépressifs, nombreux et variés, il nous est arrivé de voir fréquemment des psychoses aiguës polymorphes, des hypochondries, des réactions névrotiques avec troubles du comportement, des délires de persécution, de revendication sur un mode hystériforme.

La morbidité due aux syndromes classiques est nettement inférieure à celle des autochtones. La fréquence des troubles de la transplantation varie en fonction de l'âge, du sexe, de la durée du séjour, de la connaissance de la langue du pays d'accueil, de l'attitude ségrégationniste ou accueillante du milieu récepteur, des vicissitudes sociales traversées (Z. ALMEIDA).

- SIVADON-KOECHLIN et GUIBERT (1954) ont décrit chez des transplantés, les délires à thème de persécution ou de jalousie à base surtout interprétative de type "pseudo-paranoïaque" qui sont rattachés à des difficultés d'insertion au milieu récepteur.

- L. TANFANI (1954) étudiat les syndromes délirants observés chez des Italiens travailleurs immigrés et rapatriés en Italie pour troubles mentaux. Son interprétation fait intervenir un mécanisme pathogénique dans lequel l'état délirant apparaît lui-même comme la résultante évolutive d'un état dysthymique anxieux, conditionné par une altération du rapport entre le moi et le milieu créé par une situation particulière qui, chez l'immigré arrive à modifier la vie habituelle de relation (L. TANFANI et G. CAPRINI 1954)

- K. SCHENEIDER (1930) reprenant la notion de délire de relation (BEZIEHUNGSNAHN) élaborée par E. KRETSCHMER (1918-1927) publie sous l'étiquette de "délire de relation primitif" trois observations d'états délirants aigus de rétrocession rapide dont il rattache l'apparition aux difficultés linguistiques mais aussi aux difficultés psychologiques diverses, entraînées par la transplantation dans un milieu étranger (in Migration et Maladie mentale - Librairie arnette - Paris 1958 - Yves CHAMPION).

Certains psycho-sociologues affirment que "s'il n'existait pas d'entraves relatives à l'insertion sociale, on pourrait dire que la surmorbidité initiale des groupes de transplantés tendrait à décroître avec le temps jusqu'à rejoindre le taux moyen d'incidence psychopathologique de la population générale. Ce raisonnement ne peut s'appliquer au groupe migratoire algérien, groupe mouvant, en constant renouvellement, en contact étroit avec son milieu d'origine. La psychopathologie du migrant algérien reste donc avant tout une psychopathologie de l'adaptation.

Différents auteurs, notamment ALLIEZ (T) et DECOMBES (H), G. DAUMEZON, BOGARD (L) et DARCET (Thèse 1942) ont été comme nous, frappés par le pourcentage élevé d'admission de transplantés Nord-africains dans des services psychiatriques.

- ALLIEZ et DECOMBES notent que le nombre élevé de consultations données en milieu psychiatrique pour ces transplantés algériens n'est pas l'indice chez eux d'une fréquence plus grande des affections mentales donc d'une prédisposition particulière de leur psychisme. G. DAUMEZON de son côté, affirme (voir le chapitre précédent) que les problèmes de santé mentale posés par l'émigration Nord-africaine s'apparentent étroitement aux problèmes généraux de la psychopathologie de la transplantation intéressant des peuples et des pays d'origines diverses.

- ODEGARD et d'autres auteurs norvégiens ont analysé l'incidence psychopathologique chez leurs compatriotes installés au Minnesota (U.S.A) et l'ont comparée à celle constatée dans d'autres groupes de transplantés, puis à celle des autochtones américains, à celle des norvégiens restés en Norvège et aussi à celle des ex-migrants norvégiens revenus au pays d'origine. A propos de ces derniers, ils ont constaté un taux élevé de morbidité au moins éc à celui des migrants de fraiche date aux U.S.A et très supérieur à celui des norvégiens sédentaires, c'est-à-dire que l'action pathogène de la seconde transplantation semble quantitativement comparable à celle de la première, ce qui nous donne un argument supplémentaire en faveur du caractère réactionnel prédominant des troubles même en cas de retour dans le milieu encestral. D'autres auteurs ont constaté que la surmobidité initiale constatée s'estompe au fur et à mesure que l'on prend en considération la distribution par âges, sexes, situations familiales, niveaux socio-économiques.

Les travaux de MOLZBERG pour les "Foreign-born" de New-York, et dans les études de CHAMPION et DAUMEZON pour les Algériens dans la région parisienne la simple introduction des groupes d'âges fait que la morbidité ne dépasse pas de plus de 20% celle des autochtones.

Si l'on introduisait encore d'autres indices pondérés, il se pourrait que le pourcentage des troubles mentaux chez les transplantés fut égal et parfois inférieur à celui des autochtones (Z.ALMEIDA). Une précision est nécessaire à ce sujet : l'introduction de tous les indices pondérés possibles montrera certainement un pourcentage de troubles mentaux égal ou inférieur à celui des autochtones. Nous entendons bien sûr les troubles mentaux intégrables dans une séméiologie classique. Il n'est pas question d'inclure ceux en rapport direct avec les phénomènes d'acculturation progressive, les troubles de l'identification (projection, appropriation, etc... ) les situations de frustration qu'un système de défense inadéquat laisse éclore en troubles, comportements divers exprimés à travers un système corporel de communication nouveau, en rapport avec une situation de transplantation où n'existent aucun système de repérage de référence, source d'angoisse.

## VII - A PROPOS DES PLACEMENT D'OFFICE ET DES PLACEMENTS VOLONTAIRES DES ALGERIENS

Le nombre des placements d'office concernant des Algériens est très élevé comparativement au total des placements d'office pour la population générale en ne considérant que Paris et la région parisienne.

Du 4 Juillet au 31 Juillet 1974, sur un total de 908 malades environ vus au C.P.O.A., 11,5%, sont d'origine Nord-africaine dont la moitié sont algériens, soit 5,5%.(1)

- 12,7% des placements d'office enregistrés à cette date concernent des Nords-Africains, soit 15 placements d'office sur 119 au total.

Nous reproduisons, ci-bas, quelques observations brèves de placement d'office, concernant des Algériens.

OBS 1 : Mr Mohamed M. est sans domicile fixe. Il est âgé de 25 ans et exerce la profession de manoeuvre en maçonnerie. Mr Mohamed M. est parti à ORLY un matin. Il a visité les installations de l'aérogare toute la matinée et a consommé au bar une quantité importante d'alcool. Sans raison apparente, Mohamed M. se met à parler fort, à gesticuler, à insulter les autres consommateurs puis les menace avec un couteau. La police intervient et pendant l'interpellation, Mohamed M. blesse un inspecteur de police avec son couteau. Il a cru avoir affaire à de faux policiers. Le sujet est en proie à un délire de persécution de grandeur : " on le poursuit. Tout le

(1) Durant la même période 25 Algériens dont 2 femmes sont hospitalisés en placement libre et 19 Algériens dont deux femmes ne sont pas hospitalisés et sont dirigés vers un dispensaire de secteur, sont renvoyés chez eux avec une ordonnance. Ceci nous porte à croire qu'un consultant algérien sur deux n'a rien à voir avec l'assistance psychiatrique. La plupart de ces derniers sont souvent persuadés d'avoir en face d'eux un médecin somaticien.

monde le poursuit. Les Américains le pourchassent. Ils veulent le tuer, etc.."

Situation sociale : Mohamed M. pour des raisons qui restent obscures a perdu son travail et son logement depuis quelques jours. Il paraît physiquement dénutri et ne porte aucun papier d'identité sur lui.

- La perte de son travail et de son logement ainsi que son isolement contribuent pour une large part à la révélation explosive de ses troubles. Nous avons déjà signalé l'extrême réactivité psychique des Algériens à un changement brusque dans leurs conditions de vie (familiale, professionnelle) à l'étranger.

OBS. 2 : Mr S. habite depuis plusieurs jours dans des conditions d'hygiène insupportables, dans une cabane dans un jardin public à DUGNY où il est récupéré par police-secours qui le conduit à l'infirmerie psychiatrique, qui établit son placement d'office en milieu psychiatrique pour : confusion, incohérence, état d'agitation psycho-motrice.

- Le cas de Mr S. (clochardisation ?) n'est pas fréquent chez les migrants algériens en France. Mr S. présentait-il effectivement les troubles mentaux importants signalés dans le certificat de placement.
La part ici de la barrière linguistique est importante et seule l'observation de ce malade en milieu hospitalier et l'entretien avec lui (si possible dans sa langue maternelle, Mr S. ne parle pas français) permettront de redresser le diagnostic et, éventuellement de transformer le placement de ce sujet.

OBS. 3 : Mr Ab., 42 ans, en France depuis quatre ans environ, sans domicile fixe depuis son licenciement (qui remonte à quatre ou cinq semaines), est placé d'office pour :

. Bouffée délirante atypique de type persécutif. (victime d'espions qui l'ont fait licencié de son travail).

. Thème de dépersonnalisation...

Note : Il est incontestable pour la plupart des auteurs que 90% environ des troubles mentaux chez les transplantés algériens sont directement en rapport avec le marché du travail. La plupart du temps néanmoins, ces troubles mentaux sont de l'ordre du syndrome dépressif réactionnel. La décompensation jusqu'aux états psychotiques aigus est rare et, dans ce cas, nous pourrons discuter l'hypothèse d'un terrain prédisposé.

OBS. 4 : Mr B.C., né à MEZRANA (Algérie) il y a 68 ans, habite seul dans une chambre d'un vieil immeuble à MONTROUGE. Il est sans travail depuis quelques années et vit dans des conditions très précaires. Il est atteint d'une grave artérite des membres inférieurs entraînant des souffrances et insomnies secondaires

- Il est très irritable.
- Délirant (délire de persécution dominant)
- Accumule et entasse des "pourritures" dans son appartement (Il y'a eu ici très probablement l'intervention des voisins auprès de la préfecture de police)

Son placement d'office d'emblée dans un hôpital psychiatrique est-il souhaitable ? Quel a été le rôle joué par les voisins dans cette affaire ?

Nous avons tendance à parler trop souvent de "délire" de persécution chez les Algériens.

Est-ce réellement un délire à chaque cas (1)

Mr Ab. (obs. 3) parle d'espions qui l'ont fait licencier de son travail. Il faudrait savoir qu'il n'existe pas de traduction exacte du mot espion en arable parlé algérien. C'est sûrement du mot "mouchard" qu'il s'agit. Si Mr Ab. se plaignait d'avoir été licencié à cause des mouchards, il paraîtrait probablement moins délirant.

Nous pourrons noter à travers ces brefs certificats de placement d'office que tous les Algériens concernés ou presque, sont sans travail et la plupart sans domicile fixe, deux facteurs de décompensation particulièrement significatifs.

Les placement volontaires de travailleurs algériens sont relativement rares. La plupart des certificats de placement volontaire dont nous avons eu connaissance concernent des alcooliques chroniques habitant en France depuis longtemps. Certains d'entre eux vivent en ménage ou sont mariés avec des françaises. Nous avons relevé quelques cas typiques de placement volontaire.

(1) Une certaine expression orale du malade ou du pseudo-malade algérien peut paraître délirante, car souvent ce n'est qu'une mauvaise traduction en français d'une riche "pensée" très imagée. Penser en arabe et s'exprimer en français peut dérouter un praticien autochtone non averti .

OBS.a : Mr BA., âgé de 38 ans, habitant à Vincennes est actuellement sans travail.
V u le certificat de placement volontaire (service d'hygiène mentale), mr BA. présente :

"Un syndrome dépressif avec idées interprétatives chez un Algérien à la personnalité sensitive, l'ensemble aggravé par une réaction alcoolique. Mr BA. reconnaît sa fatigue et sur surmenage, mais persiste dans une conviction délirante avec idées de préjudice.
Pas de notion d'antécédents psychiatriques.

OBS.b : Mr M.., 41 ans, habitant dans le 9ème arrondissement parisien est actuellement sans activité professionnelle. Il vit avec une pension d'invalidité consécutive à un traumatisme crânien.
Placement volontaire pour : violences familiales après ivresse pathologique.

OBS.c : Mr K., 44 ans, habitant à Paris 14e est actuellement en chômage. Notion d'appoint éthylique important ; Violences familiales à la suite d'ivresse.
Il vit avec une française qui demande son placement volontaire. Mr K. se dit être déprimé, reconnaît et critique son état et demande une cure de sevrage.

Il faut retenir de ces trois observations, deux points communs :

a) l'inactivité professionnelle que les Algériens en migration tolèrent très mal.
b) l'appoint éthylique qui est consécutif au désoeuvrement.

Un Algérien désoeuvré devient un super-marginal. Il est marginal par rapport au milieu d'accueil qui lui est totalement étranger et également par rapport au groupe migrant algérien, constitué

de gens essentiellement jeunes et actifs qu'il ne recontrera ni dans la rue en semaine, ni au café. La plupart des désoeuvrés comme lui, qu'il est appelé à connaître sont français : en invalidité, des retraités, rarement des chômeurs. Il les fréquentera essentiellement dans les bars et comme s'il y avait une espèce de communion dans l'alcool, il boira avec eux et tentera, mais en vain, de s'assimiler à eux. Il sait que ses compatriotes le méprisent parce qu'il ne travaille pas. L'activité professionnelle est liée à la notion de virilité. Un inactif même en invalidité, n'est pas considéré comme un homme à part entière. Il tentera parfois de retrouver sa puissance à travers l'alcool, se manifestant par des réactions rigides, autoritaires avec parfois violences sur la personne de sa femme (cas de Mr M. et Mr K.), délire de jalousie, etc...

Là, on retrouve un essai "batard", inconscient d'identification à l'autochtone se trouvant dans la même situation de désoeuvrement, par projection de l'image d'un corps sans repères sur l'image d'un corps infirme diminué et plus grave, totalement étranger d'où la double marginalisation : marginalisation secondaire au sein d'un groupe de transplantés "normalement" marginalisés. La situation de ce migrant buveur devient rapidement catastrophique dont l'expression dans le sens de l'agressivité parfois violente de son homosexualité, favorisée par l'alcool le conduit le plus souvent vers l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police avec un placement d'office en bonne et dûe forme.

## VIII - LA PSYCHOPATHOLOGIE ALGERIENNE COURANTE AU C.P.O.A. ET DANS LES PAVILLONS A L'HOPITAL H. ROUSSELLE -

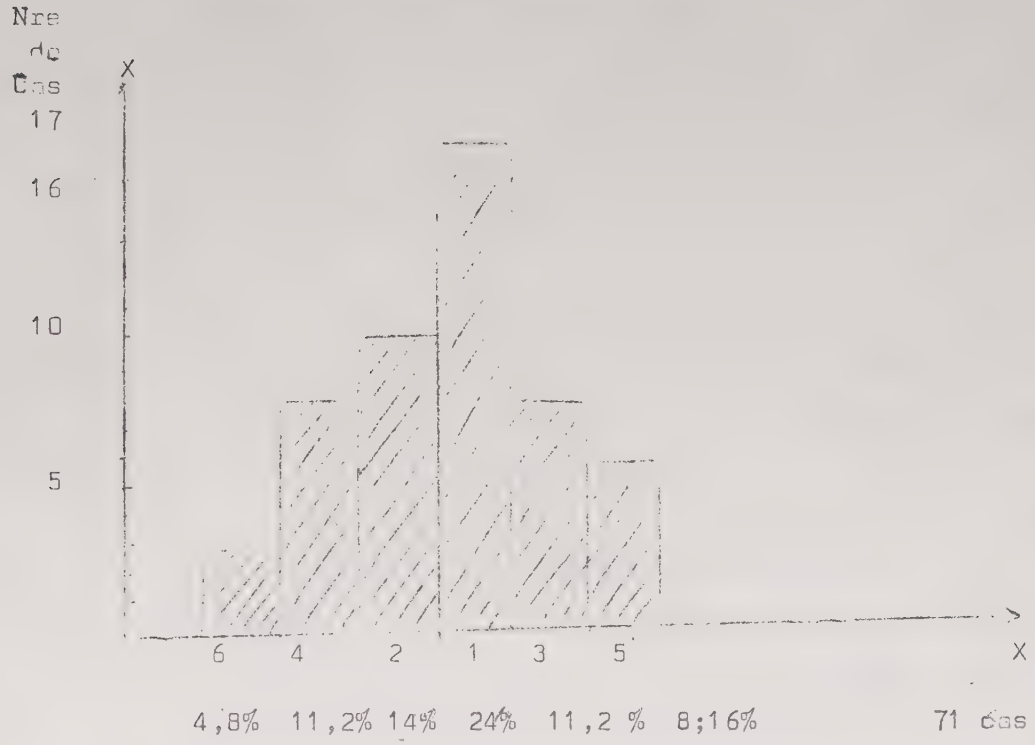
Nous avons fait un petit travail de statistique à propos des syndromes psychopathologiques, les plus fréquemment rencontrés auprès des consultants Algériens au C.P.O.A.

Du 1er Octobre au 31 Octobre 1974, 71 Algériens ont été vus au C.P.O.A. Leur moyenne d'âge est de 37 ans. La plupart d'entre eux se situent dans la tranche des 19 ans à 30 ans.

- Répartition des diagnostics - chiffres et poucentages
- sur 71 cas

| | Nombre | Pourcentage |
|---|---|---|
| Etats dépressifs | 17 | 24 % |
| Hypochondriaques | 10 | 14 % |
| Alcoolisme | 8 | 11,2 % |
| Névrose hystérique | 8 | 11,2 % |
| Délire de persécution | 6 | 8,16 % |
| Bouffées délirantes | 3 | 4,8 % |
| Etats d'agitation | 2 | 2,7 % |
| Syndrome maniaque | 1 | 1,3 % |
| Schizophrénie | 2 | 2,7 % |
| Comitialité | 2 | 2,7 % |
| Syndrome post-commotionnel | 5 | 7 % |
| Cas sociaux | 2 | 2,7 % |
| Inclassables | 2 | 2,7 % |

Répartition des diagnostics relatifs aux Algériens vus au C.P.O.A. (en 1 mois sur 71 cas)




1 - Etats dépressifs
2 - Hypochondrie
3 - Alcoolisme
4 - Hystérie
5 - Délire de persécution
6 - Bouffée délirante

- 11,2% de diagnostics d'hystérie ne sont pas discutés dans le texte dans un chapitre spécial. La discussion à ce sujet a été élaborée dans le cadre des névroses hypochondriaques dites à "façade hystérique".

- dominante : états dépressifs ; les deux pôles extrêmes de cette courbe type Gauss, sont occupés par les bouffées délirantes et les délires de persécution.

Les diagnostics les plus fréquents sont donc par ordre d'importance, du point de vue pourcentage :

1) Etats dépressifs 24 %
2) Hypochondrie 14 %
3) Alcoolisme 11,2 %
4) Hystérie 11,2 %
5) Délire de persécution 8,16 %
6) Syndrome post-commotionnel 7 %

Du 1er au 13 Mai 1974, 22 Algériens sont vus au C.P.O.A. Parmis ces Algériens, 17 ont été hospitalisés (ce qui indique sans doute que dans une certaine mesure, la demande d'assistance psychiatrique de ces sujets est justifiée).

Du point de vue répartition des diagnostics, on note chez ces 22 consultants :

- Syndromes dépressifs ..... 7 (31%)
- Hypochondrie ..... 2
- Délire de persécution ..... 5
- Alcoolisme ..... 2
- Hystérie ..... 1
- Troubles du comportement ..... 1
- Anxiété ..... 1
- Délire hallucinatoire ..... 1
- Syndrome confusionnel ..... 1

Moyenne d'âge

34 ans

Par ordre d'importance, on retrouve :

1) - Les syndromes dépressifs
2) - Les délires de persécution
3) - Les hypochondries
4) - L'alcoolisme
5) - puis viennent l'hystérie, etc....

## I) LES ETATS DEPRESSIFS

La répartition des diagnostics pour le mois de Mai 1974 confirme celle du mois d'Octobre 1974. On note parmi les diagnostics évoqués chez les consultants algériens au C.P.O.A. un nombre écrasant de syndromes dépressifs aussi variés que nombreux.

- 24% d'états dépressifs pour Octobre 1974
- 31,3% pour Mai 1974.

Nous nous permettons d'insister que près de 90% de ces états dépressifs sont en rapport direct avec les problèmes professionnels (licenciements, difficultés d'embauche ou de réembauches) surmenages, indadaptabilité professionnelle avec un rythme difficile à soutenir, etc...)

Les états dépressifs chez les Algériens sont toujours couverts ou presque par une discrète symptomatologie hypochondriaque "d'excuse". "On consulte un médecin pour se plaindre de quelque chose de sérieux qui mérite d'être pris en considération, et si on a mal au niveau d'une partie quelconque du corps, c'est sérieux et le médecin s'en occupe".

Les quelques observations qui suivent, nous permettrons peut-être, d'éclaircir le problème des états dépressifs chez les migrants algériens.

Obs : Mr A. est âgé de 39 ans. Il habite à Paris dans le 15ème arrondissement et exerce le métier de chauffeur-livreur. Il a un frère vivant en France qu'il voit régulièrement. Il n'a pas de difficultés particulières du point de vue langage. Mr A. donne l'impression d'être bien adapté en France où il réside depuis bientôt 9 ans. Il part en Algérie où résident sa femme et ses enfants, une fois par an et y réside pendant un mois.

Vu le malade : Il se sent seul, isolé dans sa chambre et ça le rend triste. Ce sentiment d'isolement et de solitude s'est accentué depuis son récent licenciement. Il est triste, abattu et dégoûté de tout. Il se plaint de malaises et d'algies diverses sans trop insister. Le médecin note à l'issue de l'entretien :

Syndrome dépressif réactionnel avec fixations hypochondriaques discrètes et immaturité affective. Mr A. a consulté auparavant un médecin généraliste qui l'adresse au C.P.O.A., muni d'une lettre, concluant à un état dépressif.

Nous avons affaire ici à un travailleur migrant, résidant depuis assez longtemps en France et présentant une symptomatologie dépressive réactionnelle qui ne se différencie guère du syndrome réactionnel analogue que présenterait éventuellement son homologue français se trouvant dans une situation semblable. C'est un migrant en constante relation avec son milieu culturel. Il loge à Paris 15ème où existe une forte concentration d'Algériens et retourne chaque année en Algérie pour y passer ses vacances sans parler de l'existence d'éléments familiaux en France, facteurs importants d'équilibre. Mr A. paraît à priori adapté au pays d'accueil et deux éléments nous permettent de l'affirmer :

1°) Mr A. parle et écrit le français

2°) Il a réussi à passer avec succès l'examen pour l'obtention du permis poids-lourds en France et à trouver un poste de chauffeur-livreur, poste difficile à obtenir pour un Algérien puisqu'il est recherché également par les travailleurs autochtones. Ce travail est en général bien payé et moins pénible que le travail dans le bâtiment, la métallurgie, les mines et offre de multiples possibilités au migrant algérien, pour une rapide et meilleure adaptation dans le milieu socio-culturel français. Mr A. étant un migrant apparemment bien adapté, son état dépressif consécutif à son licenciement est en soit banal. Ce qui nous semble intéressant à connaître

c'est le motif de son licenciement. Mis à part les motifs de licenciement dits économiques, Mr A. a-t-il provoqué le sien à cause d'un comportement particulier de sa part ? Cette question restera sans réponse car pour Mr A., on l'a licencié abusivement et de son côté il n'a rien à se reprocher. C'est à ses employeurs qu'il faudrait poser la question.

Pour Mr A. comme pour beaucoup de déprimés Algériens, récemment licenciés, la relance dans le travail par le biais d'une hospitalisation-relai est souhaitable et parfois c'est la seule solution. Elle remplace la prise en charge affective et le soutien moral, ce dont les migrants algériens manquent souvent, surtout s'ils subissent par ailleurs les vicissitudes sociales et des brimades qu'ils tolèrent mal.

Obs. : Nous rapprocherons du cas de Mr A., celui de Mr N.B. âgé de 33 ans, sans domicile fixe, employé de pharmacie qui vient consulter de lui-même au C.P.O.A. Mr N.B. ne travaille plus depuis quelques semaines. Il a été licencié, dit-il, parce que son patron a trouvé qu'il tombait trop souvent malade. Depuis son licenciement, il se sent désemparé, seul, et erre toute la journée dans Paris avec une sensation de malaise indéfinissable, etc...

Cette deuxième observation concerne un Algérien également affecté par un licenciement apparemment abusif et présentant une symptomatologie dépressive réactionnelle. Il se sent comme Mr A. brutalement seul, comme "lâché", abandonné. Ce qui frappe chez les Algériens licenciés de leur travail, c'est cette tendance qui leur est particulière à l'isolement avec inhibition, désarroi en attente d'une prise en charge d'ordre essentiellement affective nous semble-t-il.

Mr N.B. est sans domicile fixe, vit seul et se trouvant donc privé de soutien affectif et moral, familial, amical ou conjugual. La décompensation dépressive est d'installation rapide dans ce cas surtout si le sujet est persuadé que son licenciement est abusif et s'il y a une difficulté particulière à se faire réembaucher dans un autre secteur, difficulté interprétée comme étant le désir des employeurs de n'employer que des français ou à la rigueur des européens et les refusant eux "les Algériens". (C'est ce que pense également Mr N.B.).

Remarque : Dans une petite enquête à ce sujet, réalisée dans quelques foyers de la SONACOTRA, beaucoup d'Algériens nous ont affirmé que s'ils perdaient leur emploi, ils auraient une grande difficulté à se faire réembaucher. Ils ont l'impression que seuls les Algériens rencontrent des difficultés d'embauche ou de réembauche. Les employeurs disent-ils préfèrent les Portuguais ou à la rigueur les Tunisiens ou Marocains. Ils attribuent cette situation qui leur est pénible à la guerre d'Algérie. Certains d'entre eux supportent mal "cette injustice" qu'il faut surmonter, aboutissant parfois à des productions délirantes de type persécutif.

- Beaucoup d'entre eux vivent avec une perpétuelle angoisse d'être licencié un jour, ce qui les obligeraient à repartir chez eux prématurément, c'est-à-dire avant d'avoir économiser suffisamment d'argent pour la famille restée au pays et qui dans ce cas ne leur réserverait pas un accueil chaleureux.

Ceci explique dans une certaine mesure cette attitude résignée, mais triste, des Algériens au travail ainsi que leur thymie dépressive latente en rapport avec une situation de contrainte.

- Contraintes d'émigrer par nécessité économique

- Contraintes de travailler chez un employeur irascible par peur de chômage, catastrophique pour eux (les indemnités de chômage ne leur permettant pas de vivre et de faire vivre la femme et les enfants restés au pays).

Hormis ceux qui manie plus ou moins parfaitement la langue française et se recrutant parmi les rares alphabétisés (il faut y inclure les anciens militaires de l'armée française), la majorité des consultants algériens se présentent aux consultations spécialisées pour des cénesthopathies diverses et ne parlent jamais de dépression. La dépression est une atteinte à la virilité et peut être considérée par le groupe comme une "Hchma" (honte). Il n'est pas concevable pour un Algérien de ne pas travailler pour une dépression qui est rejetée par le groupe comme une maladie nécessitant un repos. La plupart des cénesthopathes Algériens sont améliorés d'une manière spectaculaire par des antidépresseurs et des anxiolytiques (traitement plus efficace en milieu hospitalier qu'en ambulatoire. La prise en charge par un personnel infirmier, bien intentionné est un élément capital pour la guérison relativement rapide de ces sujets).

Plusieurs auteurs ont discuté les modes d'expression des migrants dans le domaine psychopathologique.

P. BERNER et H. CZAPOTOCZKY CP (1969) N° 4 écrivent : "Tant que le transplanté n'est pas encore familiarisé avec les modes d'expression du milieu d'accueil, il choisit donc ceux en usage dans son milieu d'origine. Nous nous trouvons ainsi en face d'une sémiologie qui nous est étrangère et qui peut nous amener à des diagnostics erronés. Il semble que les migrants appartenant à des cultures moins touchées par le monde occidental, manifestent plus souvent des doléances somatiques, des états apathiques, des stupeurs, parfois des états confuso-oniriques ou crépusculaires. Sur ce fond général, on peut dégager quelques traits symptomatologiques plus spécifiques à certains milieux d'origine dont les causes semblent se trouver dans les particularités de la culture en question. On signale chez les travailleurs étrangers la rareté des interprétations de structure paranoïaque (ex: chez les Italiens) alors qu'elles sont assez fréquentes chez les Nord-Africains en France".

Nous devons ajouter à cela une précision qui nous paraît intéressante : l'Algérien chez lui présente souvent une décompensation sur un mode dépressif avec une symptomatologie de défense d'ordre hystérique, devant des problèmes en rapport avec la marche de travail : En France, c'est une réaction à dominante paranoïaque avec un "paravent" hypochondriaque ; le tout enrobé par des éléments revendicatifs plus ou moins discrets devant des problèmes analogues. Il est vraisemblable dans ce cas, que c'est les conditions sociales et professionnelles particulièrement pénibles qui ne lui laissent aucune autre alternative en matière de défense que celle de revendiquer le droit à la maladie au moindre bouleversement dans ces conditions de vie sociales (perte de logement) ou professsionnelles (licenciement, maladie professionnelle, accident de travail).

- B. POMME et R. PLANCHE (in clemont médical 1965 p.162) écrivent en parlant des Nord-Africains et essentiellement algériens : la réaction la plus courante est névrotique. C'est la névrose hypocondriaque et psychasthénique. L'autre dominante s'apparente à la dépression soit névrotique, soit mélancolique.

En réalité, c'est les états dépressifs le plus souvent réactionnels qui sont retrouvés en rapport avec les situations de frustration, de rejet, avec impossibilité d'identification. On ne retrouve pas de dépression du type mélancolie chez les migrants appelés à retourner chez eux au bout de deux à six ans de résidence. On parlera encore moins de mélancolie dans le sens de la psychose maniaco-dépressive uni ou bipolaire. Cette psychose atteint exceptionnellement les Algériens pour des motifs qui restent à définir et les cas de suicide dans le cadre d'une pseudo-mélancolie-psychose sont presque inexistants. Les cas de syndromes dépressifs les plus fréquemment retrouvés sont en rapport avec le marché du travail ; les plus graves sont en rapport avec les troubles de la sexualité avec impuissance et sentiment profond de honte de culpabilité, de castration avec menace angoissante d'homosexualité qui les obsède et les isole.

## II LES ETATS HYPOCONDRIAQUES ET LA FACADE HYSTERIQUE

La plupart des nombreuses recherches faites sur la psychopathologie des Nord-Africains en France, indiquent des résultats quasi-analogues quant au nombre élevé des hypochondriaques. On note pour notre part pour le mois d'Aout 1974, 14 % d'hypochondriaques sur 71 consultants, et 10 % sur 22 pour Mai 1974. L'hypochondrie présente ici les caractéristiques suivantes :

1°) présentation presque geignarde des symptomes sur un mode litanique.

2°) une conviction frisant le délire.

3°) une sensibilité extrême vis à vis de l'attitude (complaisante ou rejetante)du médecin à leur égard.

Contrairement au consultant autochtone, le migrant Algérien ne parlera presque jamais de douleurs rectales ou autres troubles en rapport avec la zone ano-rectale, mais il parlera plus volontiers de ceux concernant la sphère uro-génitale, le ventre, l'estomac, la tête, les membres.

La sphère uro-génitale nous envoie beaucoup de clients au C.P.O.A. On retrouve parfois une histoire gonococcique déclenchant le processus névrotique à symptomatologie hypochondriaque dominante. Une uréthrite correctement traitée par son médecin, peut sur un terrain prédisposé, évoluer en un tableau stéréotypé fait de :

- difficulté d'érection
- douleur à la miction
- sensation de pesanteur pelvienne.

Le malade parlera volontiers de ses douleurs à la miction, de ses lourdeurs pelviennes et semble souffrir intensément quand il lui faut présenter au médecin les troubles qui le préoccupent de premier chef et qu'il appelle la "vie coupée" ou "la suppression de l'essence de vie". Traduction de l'arabe dialectal : "Nafs maktoua", ou l'impossibilité d'érection dûe à la maladie que la femme lui a transmise. Il en parlera dans un ton de confidence et au seul médecin.

Son entourage, dans ce cas précis, n'est pas mis au courant de ce qui est considéré comme une honte (Hchouma). Très rapidement, s'installe un état dépressif avec une fixation hypochondriaque obsédante, nécessitant souvent un séjour en milieu hospitalier sécurisant. L'attitude du médecin est fondamentale ici. Il doit être compréhensif, patient, rassurant, ce qui est parfois difficile en ambulatoire.

Par ordre d'importance, c'est la région du ventre qui en second lieu, est l'objet de plaintes aussi multiples que variées de la part de nos hypochondriaques. Mais là, il faudrait savoir que le Nord-africain en général est parfois amené à juste titre à consulter pour un ulcus gastro-duodénal réel. Le terrain prédisposé à cet endroit a été discuté par de nombreux auteurs qui, les uns incriminent l'alimentation (piments et autres épices), d'autres la fragilité constitutionnelle, la prédisposition biologique, raciale, etc...

Il faudrait néanmoins considérer sérieusement le facteur transplantation responsable, par le biais du milieu ambiant vécu hostile et rejetant donc particulièrement anxiogène, d'une aggravation de cette fameuse prédisposition à l'ulcus gastro-duodénal, que l'abus de toxiques (café, tabac, alcool) et la sous-alimentation n'arrangent guère. Les plaintes, là aussi, sont mal formulées par le malade qui à l'aide d'un vocabulaire très réduit, la main posée à plat sur son ventre répète sans cesse la même phrase : "Docteur, j'ai mal au ventre". On découvre chez un grand nombre de ces malades une gastrite chronique ou un début d'ulcère gastro-duodénal qu'on ne peut traiter efficacement que dans un milieu hospitalier, car en ambulatoire, le migrant Algérien ne prend plus son traitement anti-ulcéreux dès qu'il ne sent plus ses douleurs d'où les fréquentes récidives entraînant l'installation à long terme d'un pseudo-tableau hypochondriaque.

Les plaintes en rapport avec la tête entrent souvent dans le cadre des névroses post-traumatiques que nous détaillerons plus loin. Il est rare qu'un migrant vienne se plaindre de céphalées qui ne sont pas en rapport avec un traumatisme récent ou ancien.

Le tableau ici entre dans le cadre d'un ensemble hystériforme sur un terrain latent de névrose hystérique souvent difficile à affirmer et probablement révélée par le traumatisme.

Les causes précises de l'hypochondrie chez les migrants, sont aussi variées et incertaines que celles des névroses ou psychoses dont elle fait partie. On ne retrouve pas ici la notion de parents hyperprotecteurs avec les habitudes d'auto-observation et de préoccupation pour la santé remontant à l'enfance (exemple de parents hyperprotecteurs inculquant à leurs enfants des habitudes strictes en matière d'alimentation, d'habillement et d'hygiène en général. Notion fréquemment retrouvée chez les hypochondriaques autochtones).

Nous avons parlé plus haut, rapport à l'hypochondriaque Algérien, face à ses troubles d'une conviction frisant le délire. A ce sujet, nous donnons comme exemple l'observation qui suit :

Obs. : Mr S. âgé de 31 ans, vit seul en France depuis 1966. Il habite la banlieue parisienne et exerce la profession de ferrailleur. Son médecin-traitant l'adresse à l'hôpital Saint-Louis muni d'une lettre concluant à une névrose hypochondriaque. L'interne de garde de Saint-Louis, après un examen clinique "trouvé normal" et, devant la variété et la complexité des troubles exposés ainsi que l'impossibilité de localiser une symptomatologie organique, l'adresse au C.P.O.A. avec une lettre demandant une consultation en milieu spécialisé.
Le médecin du C.P.O.A. signale que Mr S. se plaint de "faiblesses sexuelles", brûlures à la miction, douleurs aux testicules et lourdeurs pelviennes et note l'existence d'éléments délirants fixés sur ces troubles.

Nous pensons quant à nous, que le côté délirant de ce malade est très probablement dû au mode d'expression gestuo-verbal, en rapport d'une part, avec la barrière linguistique et d'autre part,

avec le milieu ambiant vécu comme hostile avec une interprétation dans le sens du rejet que le migrant Algérien (et Nord-Africain en général) tolère mal.

Les hypochondriaques Algériens insistent "lourdement" pour qu'on prenne leur mal au sérieux au début. Plus tard, après avoir vu plusieurs médecins et traînés d'hôpitaux en hôpitaux, certains finissent par se chroniciser dans un tableau hypochondriaque caractérisé par une pauvreté des thèmes et un mode explicatif limité (selon une expression du Dr. G. DAUMEZON au Congrès de Milan en 1963). L'agitation du début est à forte tonalité anxieuse. On peut dire que dans la majorité des cas observés, un état dépressif se précise lors de l'évolution de la maladie qui, au départ, présentait un tableau hypochondriaque dominant. Ultérieurement, c'est donc un état dépressif avec des préoccupations hypochondriaques qui est la règle et beaucoup d'Algériens sont vus à ce stade. Une hospitalisation souvent brève arrive à réduire notablement les symptomes et à permettre une reprise du travail, mais des rechutes sont quelquefois observées.

Il nous paraît intéressant de préciser dans ce chapitre qu'un grand nombre de ces hypochondriaques présentent une façade hystériforme. Ils s'agitent parfois,, gesticulent, lèvent le ton en décrivant certains aspects de leurs troubles. Certains se dénudent spontanément pour montrer telle ou telle partie de leur corps qui souffre 'exceptionnellement, les organes sexuels ou les fesses même si ces parties sont concernées. Dans ce cas, le doigt montre la région intéressée à travers les vêtements). Nous avons relevé au C.P.O.A. ou dans les autres pavillons de l'hôpital H. Rousselle un nombre élevé de diagnostics concernant des Algériens, comportant la notion : "structure hystériforme" ou "troubles du comportement chez un sujet hystérique". Les termes hystérie, hystériques, hystériformes sont relevés dans beaucoup de dossiers et, souvent, ces mots chez un même sujet, apparaissent, disparaissent ou réapparaissent selon le médecin consulté. Cela ajoute un peu plus de difficultés à la psychopathologie déjà assez complexe chez ces migrants "particuliers".

Il n'y a souvent que la présentation et l'expression qui sont quelque peu théâtrales, en rapport avec la notion d'hyperexpressivité méditerranéenne, la barrière linguistique et le milieu socio-ethno-culturel hautement différencié.

Il est, dans ce cas, difficile de parler d'hystérie chez les migrants Algériens en France et cette névrose ne sera justement appréciée que dans leur milieu d'origine où, selon les psychiatres Algériens sur place, c'est la névrose la plus fréquemment rencontrée. On ne peut dire de même en France où le contact avec le malade Algérien est établi selon deux systèmes de références presque opposés, du moins totalement différents. Il n'y a le plus souvent, pas contact mais jugement unilatéral sur des critères locaux inadaptables. En dehors de l'hystérie, il est très souvent difficile dans ce cas de parler de diagnostic de psychose ou de névrose et encore moins d'entité nosographique "Kraeplinienne" tranchée. Libre cours est souvent laissé aux interprétations interpersonnelles qui souvent ne se recoupent jamais et se contredisent parfois. Les tenants de la psychiatrie transculturelle s'emparent ainsi de la "balle au bond" et développent de là tout un système de références, d'indices, de choix, de facteurs classés, parmi les multiples et inépuisables sources psycho-socio-ethno-culturelles et religieuses qui n'ont donné jusque là aucun résultat scientifiquement et concrètement exploitable dans la pratique quotidienne.

## III LA NEVROSE POST-TRAUMATIQUE

C'est la névrose la plus caractéristique des travailleurs Algériens en France et non la plus fréquente. C'est ici qu'on retrouve souvent une personnalité hystérique sous-jacente, révélée probablement par le choc traumatique.

Dans une étude sur l'hystérie, l'équipe ISRAEL-DEPOUTOT, KRESS SICHEL écrivent dans l'E.M.C. 37 34 01 [10] 8 à propos de la névrose post-traumatique considérée comme une des formes prévalentes de

l'hystérie masculine de conversion : "une place spéciale peut-être faite à la névrose post-traumatique en raison de ses particularités et de sa fréquence chez l'homme. Comme son nom l'indique, elle survient dans les suites d'un événement traumatique, le plus souvent un accident de travail ou un accident de la circulation qui a blessé un segment de corps".

Il s'agit bien sûr de la névrose post-traumatique du sujet autochtone. Le Nord-africain est donc loin d'être le seul candidat à ce tableau particulier. "Dans les cas les plus simples, le désordre hystérique prend le relai du désordre fonctionnel traumatique et le prolonge indéfiniment : un membre contusionné demeure interte et douloureux, alors qu'ont disparu oedèmes et ecchymoses et qu'aucune lésion ostéo-articulaire ou nerveuse ne peut être incriminée. Mais le schéma peut-être plus complexe ; l'accident est suivi de manifestations émotionnelles aiguës qui s'intriquent aux conséquences "légitimes" du traumatisme, puis après une phase de méditation plus ou moins longue, la conversion hystérique se précise tandis que le blessé atteint une complète sérénité "(SUTTER et coll.).

Certaines formes spéciales de la névrose post-traumatique se rapproche jusqu'à se confondre avec le classique syndrome subjectif des traumatisés du crâne. Les céphalées résiduelles, les troubles de la mémoire, peuvent par leur intensité faire croire à une véritable démence. On peut mesurer le faible désir de guérir de ces traumatisés lorsque l'on sait que le médecin a plus souvent affaire à eux en tant qu'expert qu'en tant que thérapeute. En effet, le problème des névroses post-traumatiques vient se compliquer de celui de l'invalidité et de l'indemnisation. Faute de discernement et surtout d'information, le médecin risque de traiter ces malades comme des simulateurs.

Le traumatisme, seul, ne justifie aucunement le développement d'un névrose. Il existe certainement une structure névrotique préalable à l'accident, car il est souvent constaté que la névrose n'attendait en quelque sorte que cette occasion pour se manifester.

On a beaucoup insisté sur la base hystérique de cette névrose et certains auteurs mettent en garde le praticien qui ne doit pas se faire, disent-ils, le complice de cette hystérie, cristallisant la névrose post-traumatique dans une inextinguible revendication de rente d'invalidité que d'autres auteurs qualifient de "syndrome Nord-africain", sans autre précision et qui ne semble pas du tout être réservé exclusivement à l'Afrique du Nord par ailleurs.

Obs. N°1 : Mr Abdelkader G. est âgé de 53 ans. Il est originaire de Sétif (Algérie), exerce la profession de machiniste, et habite dans un hôtel du 13ème arrondissement parisien. Il a été victime en 1963 d'un accident de travail au niveau de son pied droit (écrasement). Après quelques jours d'arrêt de travail avec soins apparemment inefficaces, il s'installe dans un état dépressif d'évolution lente avec apparition progressive de douleurs tenaces au niveau d'autres parties du corps empêchant le malade de dormir. Son passé clinique à son arrivée au C.P.O.A se résume en quatre lettres de médecins.

(1) Lettre du Dr. L.S. médecin du travail - 9.12.1974

"Le cas de Mr G. est désespérant sur le double plan psychologique et thérapeutique. Il s'est installé progressivement dans une atmosphère d'algies permanentes qui l'empêchent de dormir et, d'autre part, rien ne le soulage et tout cela, sur un fond revendicatif pénible pour le médecin-traitant. A mon avis, il n'y a aucune issue valable pour ce syndrome qui durera tant que ce pauvre homme pourra s'exprimer devant un médecin et avec quelle insistance. Avec mes remerciements".

(2) Hôpital Pitié-Salpétrière. Service du Prof. LHERMITTE - 12.12.1974.

"Pouvez-vous hospitaliser Mr G. venu nous consulter récemment pour des douleurs intolérables qui, nées au niveau du pied où il a subi un traumatisme en 1963, se sont étendues jusqu'à la tête, s'accompagnant d'un syndrome dépressif très net. Ce malade a déjà été hospitalisé trois mois à "l'eau vive" et neuf mois en hôpital de jour. Il ne travaille plus depuis 1968. J'ai pour ma part, essayé sans succès le TEGRETOL et une association de

a) Anafranil 25 x 3

b) Equipertineno x 1

c) Nozinan 25 x 1

d) Valium 5 x 2

et j'en viens à me demander si des "séances" sous narcose ne pourraient pas soulager ce monsieur qui semble vraiment souffrir beaucoup. Bien à vous, etc.."

(3) Dr. L.S., médecin du travail - 14.12.1974

"Monsieur,

Nous avons demandé avec le Dr. C. l'admission de Mr G. en vue d'observation. L'hospitalisation pour ce malade constitue à notre avis un fort élément psychothérapique nécessaire. Je me vois dans l'obligation de réitérer ce désir sans vouloir vous influencer. Avec mes remerciements".

(4) Hôpital Pitié-Salpétrière - Service du Prof. BERGER (maladies du système nerveux) - 16.12.1974.

"Mon Cher Confrère,

Je vous adresse Mr G. qui se plaint de troubles variés : douleurs au pied droit depuis son accident de travail en 1963, bruits dans les oreilles, palpitations, troubles du sommeil avec des éléments dépressifs. Le médecin du travail nous l'a adressé mais, faute de places, nous vous l'envoyons. En vous remercient, etc..."

Ces lettres sont en elles-mêmes suffisantes pour nous situer le cas singulièrement complexe de Mr G. Les lettres du médecin du travail, le Dr. L.S., sont particulièrement significatives. Ce médecin met bien l'accent sur ce cas désespérant pour lui et ses collègues sur le plan psychopathologique et thérapeutique, sous-tendu très vraisemblablement par une forte composante névrotique.

A partir de son accident de travail en 1963, Mr G. s'est installé progressivement dans "sa maladie" avec une demande intensive d'assistance, probablement également d'affectivité avec un fond revendicatif quasi infantile qui agace les médecins. C'est ici qu'on retrouve un semblant de désordre hystérique qui prend le relai du désordre organique transitoire d'origine traumatique, et le prolonge parfois indéfiniment.

L'évolution hystérique est discutée par certains médecins devant :

- la recherche du contact
- l'immaturité affective
- l'attitude quasi infantile
- la présentation pseudo-histrionique des symptomes
- l'extension des troubles sans support anatomique, interprétée comme un phénomène de conversion.

Le médecin autochtone se posera sans doute quelques questions sur le devenir de cette névrose post-traumatique du migrant Algérien, névrose qu'on ne peut à priori, classer dans telle ou telle entité nosologique sans prendre en considération les éléments psycho-sociologiques et culturels fournis par le milieu Algérien d'origine.

Le traitement en ambulatoire demeurant inefficace, seule l'hospitalisation en milieu psychiatrique adoptée en dernier recours semble souhaitable, face à l'inexistence de tout autre choix devant ce malade particulier qui continue à poser tant de problèmes aux milieux médicaux somatiques et psychiatriques des pays récepteurs.

Le séjour hospitalier peut être considéré comme un élément psychothérapique valable (nous entendons dans le sens d'une prise en charge "globale" des nombreux sujets présentant une immaturité affective, et une dépendance évidente dans ce domaine à l'égard de l'institution maternisante et sécurisante. L'attitude du praticien et du personnel infirmier est fondamentale au cours du séjour de ce malade particulier à l'hôpital.

L'évolution favorable du syndrome peut être constatée devant la rarification des plaintes et la diminution progressive puis la disparition de la note revendicative.

A l'hôpital, ce malade est plus sensible au nursing qu'au traitement chimiothérapique. Un résultat spectaculaire est obtenu si parallèlement le service social de l'hôpital réussit à régulariser la situation administrative du sujet et lui faire obtenir ce dont il a droit (indemnisations journalières, pension, etc...).

Le refus d'hospitalisation est mal toléré et est souvent interprété comme un rejet interprété dans le sens affectif et douloureusement ressenti. La réaction à cela est rapide et se traduit par l'installation d'un état dépressif très vite invalidant (on retrouve également ce phénomène réactionnel chez le malade occidental présentant une névrose post-traumatique avec une composante névrotique d'ordre hystérique). Le malade ainsi déprimé, fixe ses cénesthopathies dans une ambiance revendicative tenace, frisant le délire que certains auteurs ont comparé à un début de démence potentielle.

L'observation qui va suivre nous illustre ce que nous venons de dire en nous montrant le cas d'un ouvrier algérien, d'origine Kabyle, présentant un syndrome post-comotionnel survenu après un accident de travail, syndrome ayant "fermenté" depuis plusieurs années et dégénérant en névrose grave avec éléments délirants cénesthopathiques sur un note dépressive dont l'évolution est enrichie d'épisodes explosifs, faits d'agitation clastique, posant différents problèmes de diagnostic aux divers médecins consultés.

Obs. : Mr Rabah M., 31 ans, est originaire de la grande Kabylie. Il est célibataire et vit dans une chambre d'hôtel du 15ème arrondissement parisien et travaille chez citroën comme O.S.

Il est déjà hospitalisé à deux reprises à Villejuif le 13.12.1969 puis le 7.10.1971 pour manifestations hypochondriaques multiples, apragmatisme important avec un tracé électrique de comitialité post-traumatique (accident de travail chez citroën un mois environ selon le malade avant sa première hospitalisation du 13.12.69 à Villejuif. "Il a reçu une grosse pièce de voiture sur la tête, pendant qu'il nettoyait avec un pinceau".

Il a passé un séjour relativement long lors des deux précédentes hospitalisations.

La première du 13.12.1969 au 12.3.1970.

Certificat de sortie du 12 Mars 1970 : Hypochondrie délirante avec somatisation importante des troubles. Stabilisation à niveau médiocre. Accord pour sa sortie "parce qu'il risque de perdre son travail". Le signataire du certificat ajoute : "La rechute est possible". Il lui fut prescrit un traitement en ambulatoire composé de :

- Artane = 25 mg
- Largactil = 100 gouttes le soir.
- Néosynéphrine = 200 gouttes
- Dogmatil, comp = 800 mg

- Le 20 Avril 1972 (2 ans après sa dernière sortie), le malade est hospitalisé en placement d'office à Vieille-Eglise pour agitation clastique dans un bureau de sécurité sociale où il s'est rendu pour réclamer ses droits, en l'occurrence ses indemnités journalières d'accident de travail, indemnités qu'il n'a pas perçues depuis quelques mois (Mr Rabah M. s'est, dit-on "énervé" après la guichetière et devenait agressif).

Sortie le 27 Juin 1972 : Certificat de sortie :
"Atrophie cérébrale post-traumatique. Détérioration intellectuelle modérée, apragmatisme. Calme, docile. Peut sortir pour être suivi au dispensaire de secteur".

Rechute le 14 Aout 1972 : Il consulte de lui-même à l'hôpital Foch (Suresnes).
Certificat du médecin de l'hôpital Foch :
"Manifestations hypochondriaques (ou simulations ?). le médecin précise que Mr Rabah M. a eu un accident de travail il y a trois ans environ et n'a jamais repris son travail, qu'il se plaint actuellement d'avoir mal partout (tête, épaule, ventre, etc..) et qu'il présente un état confusionnel avec attitude indifférente, sourire stéréotypé accompagnant ses réponses.

Sur ce, Mr Rabah M. est adressé au C.P.O.A. qui le dirige en placement libre vers Vieille-Eglise où il séjournat du 14 Aout au 31 Aout 1972, puis il disparait "dans la nature" jusqu'au 7 Février 1974, date à laquelle il fut amené par police-secours à l'hôpital Broussais pour troubles du comportement sur la voie publique, agressivité (crache sur les gens), délire incohérent à thème mégalomaniaque et mystique : ne veut pas se faire commander, dirige la France, refuse de se faire examiner par le médecin qui n'est pas Allah. Il faudrait préciser ici que ce malade s'exprime mal en français et, parler de délire, serait peut-être un peu trop hatif à priori.

Transféré de Broussais au C.P.O.A., le médecin de garde au C.P.O.A. note à son sujet :
"Mr M. entre dans le bureau en sub-excitation, en déclarant qu'il est le gouvernement et qu'il entend des voix qui prononcent son nom. Il se saisit du téléphone pendant le dialogue. Il est agité, discordant, exhibe un sourire maniéré.

Délire à thème de grandeur et de persécution. C'est lui le gouvernement de l'Algérie, il commande la France, on lui veut du mal. Il n'a pas conscience de son état et refuse l'hospitalisation". On décidat alors son placement volontaire à l'hôpital H. Rousselle.

Evolution clinique pendant le séjour à l'hôpital H. Rousselle :

- Note au Dr. M le 7 Février 1974 : "Mr Rabah M. présente un tableau atypique de discordance avec attitude d'écoute et délire absurde à thèmes mégalomaniaques. On lui prescrit à cette date :

  - Haldol : 1 amp. )
  - Nozinan : 2 amp. ) I.M
  - Hept a Myl : 1 amp. )

- Le 13 Février 1974 : On constate une amélioration de son état et réclame du Gardénal qui, dit-il, le soulage de ses maux de tête.

- Le 15 Février 1974 : Mr Rabah M. se plaint toujours de céphalées, réclame à nouveau du Gardénal en même temps que sa sortie. On lui prescrit le Gardénal réclamé ainsi que des neuroleptiques, un correcteur et autres adjuvants.

- Le 28 Février 1974 :Il est détendu, souriant, réclame une permission pour s'occuper de ses affaires. "Il faut que je range mes affaires qui sont éparpillées dans ma chambre parce qu'on risque de me les voler". (Mr M. habite une chambre d'hôtel à deux, avec un compatriote). "Je reviens c'est sûr, parce que je veux guérir, oui, je veux guérir". Après un moment de silence, les yeux fixés au sol, il ajoute "je suis courageux, travailleur, je ne suis pas un fainéant, mais je ne peux pas travailler maintenant, il faut que je guérisse d'abord. Si tu me donnes une permission, je ne me sauverai pas,

je reviendrai à l'hôpital, c'est sûr, je suis droit moi (honnête), je ne marche pas à côté, je suis droit comme ça (avec son bras droit tendu la main plate en couperet, il fend l'air d'un coup sec de haut en bas).

Très docile, répond très volontiers aux nombreuses questions qui lui sont posées, d'une manière cohérente.

Nous avons ainsi devant nous un homme posé, calme, au regard franc, sympathique, souriant, un peu familier, mais poli et respectueux. Son comportement dans le service est concordant. La permission de sortie lui est accordée le jour même. Entre temps, le service social du service réussit à lui faire obtenir un taux d'invalidité de 25%. Il nous a fallu plusieurs séances pour persuader Mr Rabbah M méfiant que ses 25% d'invalidité sont acquis définitivement, en lui affirmant qu'il touchera sa pension régulièrement par le biais de l'économe de l'hôpital au début du moins. Il repousse toute proposition d'emploi, craignant de perdre ses droits nouvellement acquis. a été revu plusieurs fois à ce sujet et, finalement, il acceptat d'aller les matins en ville à la recherche d'un emploi, qu'il trouvat quatre jours plus tard dans une blanchisserie du 15ème arrondissement.

Divers auteurs ont constaté avant nous la particulière fréquence des névroses post-traumatiques survenues chez les ouvriers Algériens en France, décrivent leur comportement, leurs réactions en consultation externe ou pendant le séjour hospitalier.

ALLIES et H. DECOMBES (Annales médico-psychologiques - Marseille 1952), rapportent, au sujet d'une série de Nords-Africains, examinés dans leur service que "le corps médical ne leur paraît jamais assez attentif et les soins jamais trop intentionnés, qu'ils sont très sensibles à tout ce qui marque leur différence et voient volontiers une intention de négligence suivi de malveillance dans le comportement médical ou infirmier. Leurs revendications, ajoutent-ils ne sont pas toujours injustifiées.

A ce titre, ils citent une observation concernant un de leurs malades que nous reporduisons ici :

Obs. : Mr B. Areski, âgé de 39 ans, a fait, après un écrasement du pouce gauche survenu en 1937, un syndrome extenso-progressif hemolatéral sensitivo-moteur, méconnu par les premiers experts, qui n'a été indemnisé en 1946 qu' près des difficultés multiples, juridiques. La revendication inlassablement exprimée du blessé en termes peu explicites et la mauvaise volonté de plusieurs experts chirurgiens, ont donné un tour à la fois cocasse et monotone au long procés, qui n'a pu être réglé à la satisfaction du blessé que parce que nous avions pu soutenir notre conviction avec la même persévérance que lui, pour faire admettre l'origine organique du syndrome nerveux. Le sujet qui travaille régulièrement reste un habitué de notre consultation".

On ne cessera d'insister sur les facteurs d'aggravation d'une névrose post-traumatique chez l'Algérien, notamment l'indifférence du corps médical à leur égard et l'hostilité éventuelle du personnel infirmier. A ce sujet, ALLIEZ parlant de ses malades Algériens écrit :

"Personnages frustes et fiers au comportement insuffisamment mûri, plutôt qu'arrêté dans leur développement, très sensibles, à la notion de justice et de compensation, ils se réfugient dans des manifestations rebelles ou spectaculaires qui nous déroutent, avec attitudes fréquentes de revendications plus ou moins persévérantes ". ALLIEZ explique que ces réactions sont celles d'êtres isolés, mal compris dans leurs affections organiques inexprimables ou mal saisies dans leur aspect réel. Leurs demandes incessantes, apparemment injustifiées sont encore une cause d'irritation chez les métropolitains, qu'elles soient larvées ou brutalement manifestées et la réaction de ces derniers habituellement

peu amènes, est un nouveau facteur d'aggravation" (aggravation parfois explosive sous forme d'agitation clastique dans un bureau administratif, exemple du cas de Mr Rebah M..).

Mis à part ces rares épisodes explosifs, c'est l'apparition insidieuse d'un état dépressif avec somatisations "délirantes" (1), bien fixées qui assombrissent le pronostic à plus ou moins long terme, si l'indication urgente d'une hospitalisation n'est pas posée, chez les nombreux sujets Algériens étiquetés par erreur de similateurs.

(1) P. GUIDI CELLI (Evolution psychiatrique 1974 - Oct. Déc. Tome XXXIX fascicule IV, P. 839),
nous apprend que H. COLOMB, dans son enseignement et ses écrits, s'attache longuement aux questions de méthodologie et surtout aux problèmes de diagnostic en pratique transculturelle. En pratique, dit-il, H. COLOMB souligne la prudence qui doit présider à l'affirmation du caractère délirant ou non délirant d'expériences vitales, d'interprétations, d'états de conscience ou de phénomènes psychosensoriels qui peuvent être normaux dans telle culture et pathologiques dans telle autre. De plus, le recueil de cette sémiologie pleine d'embûches se fait à travers les aléas et les péripéties d'une rencontre médecin-malade obérée par d'inévitables difficultés de transmission et par l'hétéromorphisme jamais aboli de mentalités différentes".

Nous avons vu qu'en post-cure et dans les cas les plus favorables avec justification clinique au départ, la satisfaction des revendications matérielles (pension reconnue et accordée pour séquelles d'accident de travail), un névrosé post-traumatique Algérien peut dans certaines conditions reprendre un travail (hormis les nombreux cas nécessitant un transfert en Algérie ) (1)

Mais le problème n'est pas pour autant résolu sauf à de rares exceptions. Le post-traumatisé s'installe en effet dans la peau d'un nouveau personnage, en personnage fragile, irresponsable et particulièrement dépendant de consultations spécialisées régulières. Il revient voir le médecin pour des motifs parfois sans rapport avec la médecine : problèmes relationnels et professionnels où l'on constate une particulière instabilité de sa part. Un traitement chimiothérapique est souvent nécessaire en post-cure et à dose filée. Le relai de ce traitement par une psychothérapie est souhaitable, mais la barrière linguistique ou l'impossibilité de trouver un psychothérapeute de même origine socio-culturelle la rend illusoire.

(1) Il semble que jusqu'à l'heure actuelle, le transfert des malades en Algérie n'est pas résolu. Les moyens psychiatriques mis en place actuellement en Algérie sont-ils encore insuffisants ?

## - CONCLUSION -

Après avoir situé l'Algérien dans son milieu socio-culturel, étudié son comportement rapport à ses réactions de défense névrotique et ses éventuelles perturbations psychiques profondes, nous avons constaté les différences de réaction vis à vis de ce malade, du groupe social dont il est issu et qui présente à son égard un seuil de tolérance élevé, et du milieu social d'accueil hautement différencié qui le marginalise et envers lequel il présente certains comportements réactionnels considérés comme pathologiques, qui l'amènent dans des bureaux de consultations spécialisées.

Les deux éléments majeurs qui le différencient de son homologue autochtone, devant le psychiatre, seraient donc :

1) La présentation des symtpomes dominée par une hyper-expression corporelle largement favorisée par la barrière linguistique.

2) L'extrême sensibilité de ces sujets à la moindre manifestation chaleureuse à leur égard, de la part du personnel médical, infirmier, administratif, ou au contraire la rapidité de leurs réactions dans le sens du blocage, de l'inhibition ou de l'agressivité devant toute manifestation interprétée par eux comme une manoeuvre vexatoire ou de rejet à leur endroit.

Ce sont ces réactions déconcertantes, parfois agaçantes pour certains praticiens, qui déterminent parfois en retour une attitude peu amène de ces derniers face à ces malades particuliers.

- Serait-il nécessaire dans ce cas, de se spécialiser pour ce type de malades et organiser pour eux des institutions particulières avec un personnel sélectionné ? Ce serait "l'apartheid médical" très peu souhaitable à notre avis et que la plupart des auteurs ont rejeté pour des raisons psycho-sociologiques trop évidentes pour tous.

Il ne nous est pas permis, néanmoins, d'accabler le système médical du pays d'accueil, sans prendre en considération la lourdeur administrative dont il dépend et la conjoncture socio-économique à l'échelon international. L'assistance psychiatrique pour ces migrants n'étant pour l'administration du pays récepteur qu'une solution d'urgence, très transitoire, appelée peut-être un jour à disparaître avec l'absorption progressive de ces travailleurs étrangers par leurs pays d'origine (ce qui semble être le cas pour les Algériens qui sont le sujet de notre travail).

Le terme de cette assistance est donc, à l'heure actuelle, difficile à prévoir comme est difficile à prévoir sa restructuration peut-être encore souhaitable dans l'immédiat.

C'est enfin au niveau de la pathologie névrotique post-traumatique que le problème se pose dans toute sa complexité. Il concerne tous les migrants sans distinction sociale ou raciale et pose l'indication majeure de la restructuration du système social en place et qui dépasse la compétence du praticien en qui le malade fonde tous ses espoirs. Dans ce sens, il est souvent difficile d'expliquer au post-traumatisé étranger que les facteurs psycho-névrotiques d'ordre affectif qu'il présente, dépendent largement de la réparation matérielle plus qu'organique, est surtout du ressort de la machine administrative et que son transfert (souhaitable pour lui) dans son pays d'origine, loin d'être une manifestation de rejet, n'est qu'une tentative de réinsertion sociale estimée la plus adéquate.

On ne cessera jamais d'insister sur la distinction à faire entre d'une part, la psychopathologie du phénomène migratoire qui continue à faire couler beaucoup d'encre, et la présentation particulière de la demande d'assistance psychiatrique qui, elle, est largement favorisée par le milieu socio-culturel et religieux, et se traduit par une expression particulière des symptomes vers l'extérieur.

Contrairement aux antillais qui présentent souvent un état d'agitation délirant du type bouffée délirante, à thèmes variés, mais en règle générale à dominante mystico-exotique (teintée "d'africanisme"), aux espagnols et portuguais dont la psychopathologie se distingue par une composante sthénique dans la présentation d'une symptomatologie du type aigu avec agitation, les sujets algériens présentent des tableaux psychiatriques souvent à froid, caractérisés par une composante asthénique. On retrouve chez eux des états dépressifs marqués par le sceau de l'inhibition confiant parfois à l'aboulie , les états hypochondriaques asthéniques présentés par des sujets tenant un discours pauvre et monotone, un alcoolisme mal toléré aggravant la marginalisation de ces sujets et les confinant progressivement à l'isolement. (Alcoolisme réversible après le retour au pays). Les cas psychiatriques aigus quant à eux, sont rares chez les migrants algériens. On retrouve rarement des bouffées délirantes (3% avec 71 malades vus en consultation sur un mois) et des états maniaques 1%. Les délires de persécution avec une composante anxieuse discrète sont caractérisés par les mêmes persécuteurs désignés (policiers, espions américains, israeliens, O.A.S, agents de la sécurité militaire algérienne). Le délire ici est bien structuré à structure paranoïaque avec un mécanisme du type interprétatif. L'influence ici des événements d'Algérie (1954-1962), des séquelles de la guerre, de la structure socio-économique algérienne actuelle, est évidente, sans oublier bien sûr le rôle de la transplantation dans la genèse de ces délires.

# - BIBLIOGRAPHIE -


1 - ALLIEZ (J) et DECOMBES (H) : Réflexion sur le comportement psychopathologique d'une série de Nord-africains musulmans immigrés. A.M.P 1952 II p. 150-156.

2)- BARUK H. : Les retentissements psycho-sociologiques de l'immigration. A.M.P (1962) 120, 304-307.

3 - BEN MILOUD et Coll. : La psychiatrie en Algérie - N° spécial Simep. Edition Vol. 45 N°8 Lyon Oct. 1969

4 - BEN MILOUD (R) : Pratiques archaïques et traditionnelles en milieu rural. Alger 1969 (Conf. inédite).

5 - BENOIT G : Eléments locaux de psychiatrie transculturelle Rapport au bureau américain de l'O.M.S. (1961).

6 - BENOIT G : Qu'est ce que la psychiatrie transculturelle ? Information psychiatrique (1964) N°8 p. 529-537.

7 - BOGART (L) : Les Algériens en France. Adaptation réussie et non réussie in "Français et immigrés, nouveaux documents sur l'adaptation". Travaux et documents de l'institut National d'études démographiques. P.U.F 1954. Paris.

8 - BONNAFE (L) Mme NAVIAU et MOISI : Délires conjugués et transplantation. A.M.P 1957 I.P 522-526.

9 - BOUDJEDRA (R): La vie quotidienne en Algérie (Hachette).

10 - (P) BOURDIEU -SAYAD : Le déracinement. Paris 1964. Ed. de Minuit.

11 - (P) BOURDIEU : Sociologie en Algérie . P.U.F Que Sais-je ? N°802

12 - BRISSET Ch. : La culturalisme en psychiatrie (Etude critique) Evol. psychiatrique (1963) 3 p. 369.

13 - CHAMPION-BASSET J. : Contribution à l'étude du fonctionnement des organismes d'assistance psychiatrique métropolitaine à l'égard de la population masculine immigrée Nord-africaine d'origine musulmane. Thèse de Médecine - Paris 1956.

14 - CHAMPION Y. : Migration et Maladie mentale. Librairie Arnette . Paris 1958.

15 - COLIN (M) : La morbidité Nord-africaine dans la Métropole. Thèse de Médecine Lyon 1952.

16 - COLLIN (J) : Les transplantés ; troubles mentaux, devenir ; 40 p. Thèse de Médecine Paris 1964 N° 794.

17 - DARLET : Les psychopathes étrangers à l'hôpital H. Rousselle. Contribution à l'étude des troubles mentaux chez les étrangers et naturalisés résidant en France. Thèse de Médecine; Paris 1942 Edition T.F.P.A.C.

18 - DAUMEZON G. - CHAMPION Y - CHAMPION-BASSET J : Etude de quelques variables démographiques de la population de malades mentaux Nord-africains passés au service de l'admission de Ste-Anne de 1945 à 1952. Bulletin de l'I.N.H. VIII, 3, Juillet-Sept. 1953, pp 434-44.

19 - DAUMEZON G. - CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J : Etude démographique et statistique des entrées masculines Nord-Africaines à l'hôpital psychiatrique Ste-Anne de 1945 à 1952. Place des réactions mentales dans la pathologie générale des émigrés Nord-africains. Situation de la population Nord-africaine par rapport à la population asilaire et transplantée globale.
H.M 1954, I, pp, 1-20 et 3, pp 85-107
1955,I, p.34.

20 - DAUMEZON G. CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J: Réflexions sur le mode de fonctionnement de l'appareil d'assistance psychiatrique du département de la Seine à l'égard d'un échantillon de population durant dix années (1945-1955) I. P, 32,4,10. Déc. 1956, pp. 693-707

21 - DAUMEZON G. - CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J : L'indicence psychopathologique sur une population transplantée d'origine Nord-africaine. Etude démographique hospitalière et d'écologie psychiatrique, in "Etudes de sociopsychiatrie", monographie de l'I.N.H. N°7, Paris, Ministère de la santé publique, 1955, pp. 83-125.

22 - DAUMEZON G. - CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J. : L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine Nord-africaine musulmane en métropole. Monographie de l'I.N.H. N°14, Paris 1957.

23 - DAUMEZONG. -CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J : Révision des indices d'incidence morbide relatifs à la population masculine d'origine Nord-africaine musulmane du département de la Seine. I.P, 33,4,9, 1957.

24 - DESCLOITRE (R) : Le travailleur étranger, son adaptation au travail industriel et à la vie urbaine. O.C.D.E. 1967.

25 - DELOR P. - LAMBERT R. MARIN A. : Enquête sur la pathologie dans la métropole de l'Algérien musulman in "concours médical N° 49, Déc. 1955".

26 - DE MONDION P. : L'émigration de la commune de Fort national Paris, VEZIN 1950.

27 - DER MEN GHEM : Le culte des Saints dans l'Islam Maghrebin (Alger 1954).

28 - FRANTZ-FANON : Les damnés de la terre. F.M Petite collection Masperv.

29 - GRANOTIER Bernard : Les travailleurs immigrés en France 1970. Masperv.

30 - INSTITUT NATIONAL DES ETUDES DEMOGRAPHIQUES : "Les Algériens en France ". Etude démographique et sociale 24ème chaier de travaux et documents Paris P.U.F. 1955.

31 - KLEPAL (J). : La main d'oeuvre Nord-africaine. Problèmes psychotechniques. Bulletin psychologique VIII, 1-2 1954 p. 81-84.

32 - KORAN : Edition GARNIER frères. 6, rue des St-Pères (PARIS) Traduction en français.

33 - LACHERAF Mostepha : Notion et Société Masperv 1965.

34 - LAFOND P.B. : Délinquance des Nord-Africains à Paris et ses causes. Institut d'éthnologie - 1er Avril 1951.

35 - Mc LELLAND D. : The North-African in France. A Frech racial problem. In Yale - Review 44 N°3 1955 (421-38) U.S.A

36 - MAMMERID (Dr) : Experience de 5 années de pratique médicale en pays kabyle 1950-55. Alger 1962 (Thèse de doctorat)

37 - MICHEL Andrée : Les travailleurs algériens en France. C.N.R.S. Travaux du centre d'étude sociologique - 1956.

38 - MONTAGNE R. : L'émigration Nord-africaine en France. Son caractère familial et villageois. In "Eventail de l'histoire vivante". Hommage à Lucien Febvre t.I Armand Colin 1953.

39 - MURRACCIOLI (Luc): L'émigration Algérienne. Aspects économiques sociaux et juridiques. Librairie Ferraris Alger 1950.

40 - SAUVY (Alfred) : Théorie générale de la population T II P.U.F

41 - TREBOUS Madeleine : Migrations et développement ( Le cas de l'Algérie) . O.C.D.E. 1970 - PARIS.

42 - TURIN Yvonne : Affrontements culturels dans l'Algérie Coloniale Maspero 1971.

43 - VILLA (J.L) et PSARAS (M.A): Comportements psychiques des travailleurs migrants et leur adaptation au milieu social du pays d'accueil (Documents du conseil de l'Europe).

44 - ZEHRAOUI Ahcène : Les travailleurs Algériens en France. 1971 Maspero.

45 - Zulmiro de ALMEIDA : Aspects psycho-sociaux et psycho-pathologiques de la transplantation. In "La santé des Migrants" - Edition Droit et Liberté. 120, rue St-Denis PARIS 2° (1972)

# SOMMAIRE

INTRODUCTION

I - ELEMENTS DE SOCIOLOGIE ALGERIENNE : Le groupe familial

II - LE MALADE MENTAL EN ALGERIE : Considérations psychopathologiques

III - LA PSYCHIATRIE "en ALGERIE"

a) Bref aperçu sur les structures psychiatriques en Algérie
b) La pathologie psychiatrique hospitalière en Algérie

IV - CONSIDERATIONS SUR LES PHENOMENES SOCIAUX RECENTS EN ALGERIE

- phénomènes psycho-sociologiques de l'après-guerre

V - L'EMIGRATION .

1°) Rappel historique
2°) Processus d'introduction du Travailleur Algérien en France
3°) L'installation
4°) La migration et ses aspects psycho-sociologiques généraux

VI - L'ADAPTATION ET SES PRORLEMES PSYCHOPATHOLOGIQUES

VII - A PROPOS DES PLACEMENTS D'OFFICE ET DES PLACEMENTS VOLONTAIRES DES ALGERIENS

VIII - LA PSYCHOPATHOLOGIE ALGERIENNE COURANTE AU CPOA ET DANS LES PAVILLONS A L'HOPITAL H. ROUSSELLE

1°) Les états dépressifs
2°) Les états hypochondriaques et la façade hystérique
3°) La névrose post-hystérique

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Vu :
Le président de thèse

Vu :
Le doyen de la faculté
Xavier Bichat
Monsieur le Professeur BAUMANN

Vu et permis d'imprimer :

Le président de l'université PARIS VII

Signé : M. ALLIOT